

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DE L'ÉTIOLOGIE OTIQUE  
DE CERTAINS CAS DE PARALYSIE FACIALE  
DITE A FRIGORE (1).

Par le Dr **M. LANNOIS**  
Agrégré, médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Je désire appeler votre attention sur l'otite moyenne légère comme cause fréquente de la paralysie faciale périphérique.

Si cette étiologie de la paralysie de Bell n'est pas inconnue, elle me paraît du moins beaucoup trop négligée par les observateurs, car un examen méthodique de l'oreille fait défaut dans la grande majorité des cas publiés.

Déjà, après que Bérard eut fait admettre sa théorie du gonflement du névrilemme dans le canal de Fallope, plusieurs médecins exprimèrent l'opinion que beaucoup de cas paraissant dus au refroidissement pouvaient bien avoir pour origine une légère otite moyenne. Le plus important des travaux dans ce sens fut un mémoire lu par Deleau à l'Académie de Médecine (1857), où il soutenait que la paralysie essentielle du nerf facial est très rare et que la plupart des cas ainsi qualifiés sont dus à des lésions légères de l'oreille passant inaperçues ; pour lui l'hyperacousie, bien connue depuis les recherches de Landouzy, était un symptôme d'otite interne, et l'inflammation du nerf facial se faisait par contiguité.

(1) Communication faite au Congrès des aliénistes et neurologistes à Clermont, août 1894.

Dans son rapport, Roche se montra plus radical encore ; il nia la paralysie rhumatismale et invoqua, comme cause unique, une lésion anatomique de l'oreille interne.

Depuis lors, tous les traités classiques signalent cette opinion de Deleau et de Roche, mais seulement pour en faire ressortir l'exagération évidente ou pour montrer qu'elle n'est plus en rapport dans ses détails avec les connaissances plus précises que nous possédons aujourd'hui sur les maladies de l'oreille. Cela fait, l'étiologie auriculaire de la paralysie faciale devient lettre morte. Il serait facile d'en donner des exemples : je me contenterai de deux.

Il y a quelques années, M. Neumann a publié sur l'étiologie de la paralysie faciale deux mémoires <sup>(1)</sup> qui ont fait grand bruit. L'auteur rejetait l'influence du refroidissement comme trop banale et cherchait à démontrer que la véritable cause de la paralysie faciale était la prédisposition nerveuse, l'hérédité nerveuse. J'ai lu attentivement les 17 observations de son premier mémoire. Quinze seulement ont été vues par l'auteur ; sur ce nombre, huit fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, M. Neumann cite expressément des douleurs vives, très vives, lancinantes au niveau de l'apophyse mastoïde et dans l'oreille. Cinq fois sur huit, les douleurs avaient précédé de un à deux jours l'hémiplégie faciale. Malgré cela, dans aucun cas, l'examen de l'oreille n'a été fait, M. Neumann paraissant croire que seule l'otite avec carie du rocher est susceptible de donner naissance à la paralysie faciale.

Même remarque pour une bonne thèse de M. Despaigne <sup>(2)</sup> qui se dit « persuadé qu'il existe une légère otite dans bien des cas,.... que dans beaucoup de faits classés sous la rubrique d'hémiplégie faciale a *frigore*, le froid n'a agi que d'une façon indirecte en développant une otite.... Une conclusion à tirer de ces faits ; c'est qu'il serait à désirer qu'en pareil cas on examinât l'oreille moyenne. » Et dans aucune des observations qu'il cite cet examen n'a été fait.

(1) NEUMANN. — *Archives de Neurologie*, 1887 et 1898.

(2) DESPAIGNE. — *Etude sur la paralysie faciale périphérique*. Thèse de Paris, 1888.

Cela tient très certainement à ce que beaucoup de médecins considèrent, bien à tort il est vrai, l'examen de l'oreille comme une chose très difficile, alors qu'en réalité il est beaucoup plus aisé que celui de l'œil ou du larynx. Aussi la question a-t-elle été serrée d'un peu plus près par les médecins otologistes.

Wilde a beaucoup insisté sur ce fait que dans les cas de lésions unilatérales de l'oreille moyenne, en comparant les deux moitiés du visage, on trouvait souvent une diminution de l'action des muscles du côté malade. Les observations de Wilde, Toynbee, von Trölsch, Tillmanns, Politzer, Urbantschitsch, Walb, etc., ont démontré que dans les otites catarrhales sans perforation, il pouvait se produire des paralysies faciales plus ou moins intenses.

Mais le travail le plus complet et le plus intéressant qui ait été produit ces dernières années sur ce sujet est le mémoire que M. Gellé a présenté au Congrès de Berlin en 1890 <sup>(1)</sup>. Placé par le professeur Charcot à la tête de la consultation otologique annexée à la clinique des maladies du système nerveux, il put examiner un très grand nombre de malades atteints de paralysie faciale de nature diverse. Sur un total de 31 cas de paralysies périphériques, M. Gellé dit que 28 fois il s'agissait d'hémiplégies faciales liées à des troubles de l'ouïe : 5 fois il y avait de l'otorrhée chronique et 23 fois des otites moyennes aiguës, indiscutables dans 18 cas. La suppuration n'existe que deux fois. M. Gellé insiste à plusieurs reprises sur ce fait que ce ne sont pas les otites suppuratives qui déterminent le plus souvent la paralysie faciale, mais bien les otites à formes interstitielles, les otites plastiques ostéo-périostiques.

On se rend facilement compte de la pathogénie de ces paralysies faciales en réfléchissant aux rapports anatomiques du nerf facial avec la caisse du tympan. C'est, en effet, une donnée classique bien connue que la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope n'est séparée de la caisse, sur une longueur de

(1) GELLÉ. — Otite et paralysie faciale, Congrès de Berlin, 1890, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1890. — Voir aussi deux leçons du professeur Charcot en 1888.

10 à 12 millimètres que par une lame osseuse mince et transparente. « Cette lame osseuse peut même faire défaut par places et, dans ce cas, le contenu de l'aqueduc, c'est-à-dire le nerf facial, n'est plus séparé de la caisse que par l'épaisseur d'une fibro-muqueuse. De pareils faits s'expliquent par un arrêt de développement, car jusqu'au quatrième mois de la vie embryonnaire, comme l'a démontré Rüdinger, l'aqueduc de Fallope est membraneux (1). »

Chez le nouveau-né, et même chez l'adulte, quoique à un moindre degré, le canal de Fallope fait sur la paroi interne de la caisse, au-dessus de la fenêtre ovale, une saillie cylindrique visible et accessible. C'est ce qui explique pourquoi le nerf facial peut être lésé dans des manœuvres un peu brutales portant sur la caisse, dans l'extraction des corps étrangers par exemple, comme on m'en citait récemment un exemple et comme Stacke, Kretschmann, Urbantschitsch en ont fait connaître des cas, ou encore dans l'extirpation de l'enclume (Ludewig). J'ai fait récemment l'autopsie d'un malade chez lequel l'extirpation d'un polype avait déterminé vingt-quatre heures plus tard l'apparition d'une paralysie faciale et je me garderais bien d'incriminer l'opérateur dans ce cas, car le même accident m'est arrivé il y a quelques mois. M. Gellé en a aussi cité des cas. Il est bien probable qu'il s'agit là de l'arrachement avec la racine du polype d'un petit fragment de la lamelle osseuse du canal de Fallope.

On conçoit donc avec quelle facilité des inflammations de l'oreille moyenne pourront se propager à un nerf si mal défendu dans certains cas. Dans le cas de déhiscence étendue, le gonflement de la muqueuse suffira à comprimer le facial ; s'il n'y a pas de déhiscence, l'inflammation pourra se propager par les vaisseaux qui font communiquer le périoste de la caisse et le périnèvre à travers la lamelle osseuse ; on peut même concevoir que l'hypérémie de la muqueuse s'accompagnera d'une réplétion exagérée de l'artère stylo-mastoidienne susceptible de comprimer le nerf dans le canal osseux.

Pour ma part, j'ai eu l'attention attirée sur les faits de ce

(1) TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, t. III, p. 308.



genre, il y a six ans, par l'observation d'un malade du service de M. H. Mollière qui présentait une paralysie faciale périphérique avec une altération légère de l'ouïe et des lésions peu marquées, mais évidentes de l'oreille moyenne. Malheureusement, son observation ne m'est pas restée.

Depuis j'ai examiné les oreilles des quelques hémiplegiques de la face que j'ai eu l'occasion de rencontrer et j'ai pu vérifier deux choses : d'abord, j'ai constaté que l'étiologie otique fait défaut dans près de la moitié des cas, contrairement à ce que paraissaient croire certains otologistes qui ramèneraient volontiers toutes les paralysies *a frigore* à la pathologie auriculaire. En second lieu, je me suis convaincu de la fréquence des lésions de l'oreille moyenne dans la paralysie faciale et de l'importance qu'il y a pour le clinicien à découvrir ces lésions, tant au point de vue du pronostic que du traitement.

Je laisserai de côté ici toutes les observations dans lesquelles un écoulement, même aigu, a précédé l'apparition des symptômes paralytiques. Dans ce cas, le praticien sait à quoi s'en tenir sur l'origine de la paralysie faciale. Je citerai cependant deux faits qui peuvent servir de transition entre les cas d'otite suppurée et ceux dans lesquels il faut un examen plus attentif pour mettre en évidence les lésions de l'oreille moyenne.

OBSERVATION I. — M<sup>lle</sup> Claudine N., 23 ans, blanchisseuse, m'est adressée par M. le D<sup>r</sup> Carrier à la consultation gratuite duquel elle allait pour une paralysie faciale. Elle raconte l'histoire suivante.

Elle n'a jamais rien eu aux oreilles et est habituellement bien portante. Le 26 juillet 1890, après avoir eu quelques jours auparavant un mal de gorge qu'elle dit insignifiant, elle fut prise de douleurs très vives dans les deux oreilles avec irradiations dans la face et surtout du côté des gencives. Le 28 juillet, sa bouche se dévie et M. Dor, qu'elle consulte, constate une paralysie faciale droite. Le 6 août, elle va à la consultation de M. Carrier où on fait l'électrisation de la face.

La malade est très affirmative sur les points suivants : en même temps que les douleurs d'oreille il survint une surdité marquée des deux côtés, mais plus forte à gauche qu'à droite.

Les douleurs disparurent immédiatement après la déviation de la bouche, par contre les bourdonnements apparurent seulement le 28 juillet et atteignirent bientôt l'intensité actuelle.

C'est seulement 5 à 6 jours après la première électrisation que l'oreille droite commença à couler et la gauche un ou deux jours plus tard. L'écoulement, d'abord peu abondant, remplit bientôt tout le conduit ; il a été toujours été plus faible à gauche.

Actuellement, cinq semaines après le début, la paralysie faciale droite est toujours complète, le masque est immobile de ce côté, pas de rides dans la moitié droite du front, impossibilité de fermer l'œil droit qui est très vascularisé. Déviation de la langue et de la luvette à droite. Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

L'examen de l'oreille montre, à droite : écoulement de pus muqueux, large perforation dans le quadrant postéro-supérieur, à bords arrondis, taillés à l'emporte-pièce, au fond de laquelle la muqueuse est très tuméfiée. Le stylet ne permet pas de découvrir aucun point osseux carié. A gauche, petite perforation circulaire dans la moitié inférieure au-dessous du manche. L'audition pour la montre n'est que de 2 à 3 centimètres à droite, de 4 à 5 à gauche. Amélioration nette par le cathétérisme.

La malade se plaint de bourdonnements intenses des deux côtés et les compare à des coups de piston et à une sonnerie électrique. La malade fut traitée seulement par des insufflations d'acide borique, et 15 jours plus tard il y avait une amélioration marquée des lésions locales, des troubles auditifs et de la paralysie faciale. Mais elle ne put être suivie, car elle cessa de venir à la clinique. Cette malade ne présentait aucun signe de tuberculose.

Il ne peut y avoir de doute dans ce cas ; l'angine s'est propagée par la trompe à l'oreille moyenne et a déterminé une inflammation aiguë qui semble avoir d'abord porté son action sur la paroi interne de la caisse et déterminé la paralysie faciale. Ce n'est que huit jours plus tard que le pus a fait irruption au dehors en faisant au tympan la brèche que j'ai pu constater plus tard.

Dans l'observation suivante, l'écoulement se montre encore, mais il est réduit au minimum et s'arrête presque aussi-

tôt. Ici encore, la propagation de l'inflammation au nerf est manifeste, mais dès qu'un écoulement de quelques minutes a fait cesser la tension intra-tympanique, le processus inflammatoire s'arrête et tout commence à rentrer dans l'ordre.

OBSERVATION II. — M. Chart..., 29 ans, teinturier, se présente pour la première fois le 21 octobre 1890.

Sa mère est un peu dure d'oreilles, mais elle a 68 ans. Le malade a eu les maladies de l'enfance et une fluxion de poitrine à 16 ans ; il y a 4 ans 1/2, étant encore soldat, il eut une bronchite et une hémoptysie assez forte, mais il fut guéri au bout de trois mois. Malgré cela il se porte habituellement bien et ne tousse pas. N'a pas eu la syphilis et nie l'alcoolisme.

Le 7 septembre, rhume de cerveau et mal à la gorge avec fièvre qui le forcent à rester au lit et à la chambre jusqu'au 15 septembre, jour où il reprend son travail quoiqu'il ne fût pas complètement guéri. Mais le 18 septembre, il est obligé de s'arrêter à nouveau à cause d'une douleur d'abord sourde qui alla rapidement en augmentant et s'accompagna de crises extrêmement douloureuses dans l'oreille droite et la moitié de la face. En même temps, diminution nette de l'ouïe, mais le malade entendait encore sa montre sans toucher le pavillon de l'oreille. Dans la journée et la nuit du 23 septembre, écoulement de pus assez nettement teinté de sang et qui s'arrête aussitôt. C'est ce même jour que s'installe la paralysie faciale.

Il entre le 3 octobre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pollosson, et selon les renseignements qui m'ont été obligeamment fournis, il avait à ce moment une paralysie faciale périphérique très marquée, ne pouvait fermer l'œil, siffler, cracher, les aliments s'accumulaient derrière les dents, etc.

Le jour même de son entrée, entre 9 et 10 heures du soir, il eut encore un léger écoulement qui, dit-il, ne dura pas plus de dix minutes et immédiatement les douleurs très vives de l'oreille s'atténuèrent. C'est de ce moment aussi qu'il fait dater la rétrocession de la paralysie faciale. Lorsqu'il sortit de l'Hôtel-Dieu, le 14 octobre, la paralysie faciale était presque guérie et actuellement il faut la chercher pour la mettre en évidence (sillon nasogénien moins marqué à droite qu'à gauche lorsqu'il parle, paupière supérieure droite sans rides dans l'occlusion forcée, etc.).

Mais la surdité légère du début s'est accentuée du jour où ap-

parut l'écoulement passager du 23 septembre. La surdité est absolue de ce côté : il n'entend pas sa montre au contact fort et la perception de l'acoumètre de Politzer est douteuse ; il en est de même pour la perception du diapason sur le front et l'apophyse mastoïde. En lui parlant avec un gros tube acoustique, il paraît entendre quelques mots, mais ne peut saisir une courte phrase. A gauche, il entend sa montre à 30 centimètres.

Il se plaint d'un bourdonnement métallique continu (bruit de cloches) et de temps à autre d'un bruit d'eau courante.

A l'examen, rougeur assez vive le long du manche du marteau et traces de perforation cicatrisée dans le quadrant postéro-supérieur.

Le traitement a consisté en cathétérismes et applications de révulsifs sur l'apophyse, mais il est resté sans résultat au point de vue de l'audition.

De ces deux faits instructifs où l'inflammation aiguë et suppurative a précédé l'apparition de la paralysie faciale et qui, je le répète, peuvent servir de transition entre les cas bien connus d'otite par otorrhée et les faits plus spéciaux que nous avons en vue, on peut rapprocher un cas de Gruber, où la paracentèse du tympan et l'écoulement du liquide inflammatoire de la caisse firent cesser la compression du nerf et disparaître rapidement la paralysie. J'ai fait dans le même but, dans l'observation suivante, une paracentèse sans résultat, mais qui était justifiée par l'apparence inflammatoire de la caisse et l'innocuité de cette petite opération.

OBSERVATION III. — Le nommé Zecc... Jean, âgé de 49 ans, entre dans mon service à l'hôpital St-Pothin, salle St-Jean, n° 2, le 29 mai 1894.

Père mort à l'hôpital de Rive-de-Gier avec les jambes enflées. La mère est vivante et aliénée. A eu dix frères ou sœurs dont six sont morts en bas âge.

Dans les antécédents on relève une ophtalmie bilatérale et des ganglions cervicaux, mais pas de maladies graves. Le malade qui est vannier et exposé aux intempéries, s'enrhume facilement les hivers, mais n'a jamais craché de sang et ne présente actuellement aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Depuis plusieurs années, à la suite de l'éclat d'un pétard qui

avait été placé sur son chapeau, il entendait un peu moins bien de l'oreille droite.

Pas de syphilis, de rhumatisme, ni d'alcoolisme.

Il y a 14 à 15 jours, il eut un coryza banal, quoique assez intense, et remarqua sa prédominance du côté droit. Le coryza touchait à sa fin lorsque, il y a 9 jours, il fut pris simultanément de douleurs assez vives dans l'amygdale droite et de douleurs sourdes avec élancements dans l'oreille du même côté. Les douleurs s'irradiaient du côté de l'apophyse mastoïde et s'accompagnèrent d'une diminution de l'audition.

Le lendemain matin, le malade se rendit à l'Hôtel-Dieu pour faire examiner sa gorge et son oreille et c'est en rentrant, vers 10 heures du matin, qu'il s'aperçut pour la première fois de la paralysie faciale. La succession des symptômes est donc la suivante : coryza plus marqué à droite, angine, douleurs auriculaires, hémiplégie faciale périphérique droite.

Actuellement, le coryza a passé ainsi que les douleurs dans l'oreille, la diminution de l'ouïe paraît la même, mais la douleur à la déglutition est persistante.

Paralysie faciale droite périphérique très visible ; impossibilité de fermer l'œil droit, de tirer la commissure à droite, de siffler, etc. ; immobilité complète du masque facial ; absence de rides au front ; la langue ne paraît pas déviée ; léger larmolement.

Le pharynx est rouge surtout au niveau des piliers droits ; l'amygdale est volumineuse, l'arc du voile jusqu'à la luette paraît plus court que du côté opposé.

L'examen de l'oreille montre un tympan manifestement enfoncé avec rougeur vive le long du manche et sur la moitié postérieure du cercle tympanal ; la courte apophyse se présente comme un point blanc jaunâtre entouré complètement par une rougeur diffuse assez vive. A travers le segment antérieur de la membrane, la muqueuse du promontoire paraît également très congestionnée. Le triangle est séparé en deux moitiés dont la plus brillante est voisine de l'ombilic et il n'atteint pas la périphérie. Le segment postérieur est gris et opaque.

Pour assurer le diagnostic, je fais une paracentèse exploratrice qui confirme l'absence de pus. Le malade latéralise mal le diapason vertex (ré<sup>3</sup>), l'expérience de Rinne est positive des deux côtés. Le malade n'entend la montre qu'à 3 centimètres puis à 5 après le cathétérisme.

Le malade guérit rapidement sous l'influence d'un traitement

qui consiste uniquement dans l'instillation d'un peu d'huile mentholée dans l'oreille et de quelques cathétérismes de la trompe. Il quitte le service le 21 juin ne se sentant plus gêné du tout et ne présentant plus qu'une légère différence dans le nombre des plis des paupières lorsqu'il ferme fortement les yeux. Il persiste une légère trainée rouge à la partie inférieure du manche et il entend la montre à 10 ou 12 centimètres.

Avec ce malade, nous entrons dans la catégorie des cas que l'on n'hésite pas à qualifier couramment de paralysie faciale rhumatismale ou de paralysie à frigore et où, cependant, l'étiologie otique me paraît absolument démontrée par la chronologie des symptômes et par l'examen direct de l'appareil de l'ouïe. L'abaissement de l'audition lui-même pouvait passer pour peu important, le malade racontant un accident antérieur ayant amené un abaissement de l'ouïe. C'est d'ailleurs une erreur de croire qu'une inflammation légère de la caisse doit fatalement s'accompagner d'une diminution très marquée de l'audition. Si l'inflammation est peu intense et respecte la platine de l'étrier, celle-ci pourra continuer à vibrer sous l'influence des sons et la diminution de l'ouïe demandera à être cherchée d'une façon plus minutieuse que celle qui consiste, dans une salle d'hôpital, à approcher une montre à quelques centimètres de l'oreille. L'observation suivante en est un bon exemple, car l'audition était abaissée des deux tiers et cependant la malade percevait encore ma montre à 25 centimètres du côté de sa paralysie. On verra que cette observation est exactement calquée sur la précédente et que la propagation à la trompe et à l'oreille moyenne d'une inflammation pharyngée ne peut être mise en doute.

OBSERVATION IV. — M<sup>lle</sup> Suzanne B., 30 ans, ourdisseuse, est entrée à la Croix-Rousse pour une *paralysie faciale droite* dans le service du Dr Boyer qui me l'adresse le 30 août 1893 pour un examen de son oreille.

Elle n'a pas de sourds dans sa famille. Son père est alcoolique. Elle est sujette aux maux de tête depuis environ huit ans. Depuis cette époque aussi elle est sujette à des bourdonnements passagers avec surdité alternativement dans l'une et l'autre

oreille. Les accidents paraissent nettement en rapport avec des maux de gorge qui reviennent fréquemment et qui, depuis trois ans surtout, la forcent à s'arrêter et à cesser son travail.

C'est précisément ce qui lui est arrivé le 5 août dernier. Une courbature générale avec céphalalgie, raideur du cou, violent mal de gorge, la retiennent à la chambre pendant plusieurs jours : il y eut une recrudescence marqué le 8 août.

Elle commençait à aller mieux lorsque, dans la nuit du 15 au 16 août, elle fut prise de la paralysie faciale qu'elle présente encore actuellement. Elle eut en même temps une légère diminution de l'audition, des bourdonnements dans toute la tête et surtout dans l'oreille gauche ; en même temps un peu de douleur dans les deux oreilles, plus marquée aussi, dit-elle, à gauche qu'à droite.

Tous ces phénomènes ont commencé à rétrocéder il y a trois ou quatre jours. Toutefois la paralysie faciale périphérique est encore très nette à droite. La face est aplatie, pas de rides au front, impossibilité de fermer l'œil, de souffler ; les aliments s'accumulent entre la joue et les dents ; la langue n'est pas déviée. Pas de troubles de la sensibilité de la face.

Il persiste de la rougeur dans le pharynx, surtout sur le voile et ses piliers : granulations sur la paroi postérieure.

A l'examen, le tympan gauche est clair, sans grosses lésions, manifestement enfoncé, le tympan droit est uniformément gris et infiltré ; sa moitié postérieure est très oblique et plus épaisse que le reste ; pas de triangle, qu'une tache très floue à l'umbo. Rougeur manifeste le long du manche du marteau, surtout en arrière, et sur le bord postérieur du cercle tympanal.

L'audition est abaissée, mais modérément et on ne s'en aperçoit que par la recherche attentive. A droite, l'audition n'est que de 25/80 et à gauche de 30/80. Elle ne latéralise pas le diapason vertex et l'expérience de Rinne est positive des deux côtés. Cathétérisme et massage.

Le 2 septembre, l'amélioration continue ; elle peut fermer l'œil presque complètement. Le bourdonnement persiste, mais atténué. OD = 30/80. OG = 40/80.

Le 7 septembre, la paralysie est presque guérie ; elle ferme l'œil complètement, bien qu'il n'y ait pas de rides de la paupière supérieure dans l'occlusion forcée ; les rides du front sont encore moins marquées à droite qu'à gauche.

Le bourdonnement a presque disparu, OD = 40/80 puis 60/80 après le cathétérisme. OG = 50/80. Il n'y a plus qu'une légère

teinte rose sur le manche, mais le tympan est toujours terne et fibreux avec un tout petit triangle.

La malade quitte l'hôpital.

A ces cas démonstratifs, j'ajouterai une observation qui montre bien qu'il ne faut pas toujours se presser de rejeter l'étiologie auriculaire dans les cas où elle paraît douteuse. Il s'agit d'un officier qui avait eu d'anciennes lésions des oreilles et qui présentait une paralysie faciale très douloureuse. La constatation d'une double otite chronique fit mettre en suspens une inflammation<sup>●</sup> actuelle aiguë qui cependant existait bien réellement comme l'événement l'a démontré plus tard.

OBSERVATION V. — M. le Colonel R... m'est adressé à la fin du mois d'octobre par mon ami le Dr Berthier, pour une paralysie faciale gauche se distinguant des paralysies faciales périphériques ordinaires par des douleurs extrêmement vives dans le fond de l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde avec irradiations vers le front, sur la partie postérieure et vers le sommet de la tête.

L'examen montrait des deux côtés des tympans manifestement sclérosés, avec épaissement fibreux. Il y avait un abaissement marqué de l'audition, mais il était bilatéral et il ne fut pas considéré comme ayant une importance actuelle, le malade ayant fait sa carrière dans l'artillerie et ayant eu à plusieurs reprises des écoulements sanguins des deux côtés, notamment après avoir été enseveli sous un mur renversé par un obus (1870) et plus tard après avoir fait des essais de canons de marine sur les côtes de la Manche. L'abaissement était cependant beaucoup plus marqué à gauche où existaient des bourdonnements.

La paralysie faciale alla en s'atténuant, mais il était facile encore de la mettre en évidence lorsque le malade fut vu à nouveau le 15 janvier.

Pendant tout ce temps il n'avait pas cessé d'avoir des douleurs le plus souvent tolérables, parfois paroxystiques, dans l'oreille et tout le côté gauche de la tête. Il y a huit jours, après une recrudescence, il eut un léger écoulement qui persiste actuellement. Il y a dans le fond de l'oreille de nombreux débris épidermiques et du liquide animé de battements pulsatiles. On voit en haut et en arrière, en avant du tympan, un soulèvement



arrondi de la peau du conduit avec un petit trou à son point culminant.

L'ouverture fut agrandie; on fit des instillations d'huile mentholée. Le nerf participait à l'inflammation car la surdité pour la montre était absolue et le diapason appliqué sur l'apophyse mastoïde gauche était perçu par l'oreille droite.

Il paraissait évident, d'après ces signes, qu'il existait un abcès profond de l'oreille, siégeant surtout dans les cellules mastoïdiennes et s'étant ouvert dans le conduit. Le nerf facial participait à l'inflammation, probablement dans la partie de son trajet où il gagne le trou stylo-mastoidien et que M. Gellé appelle le massif du facial.

Les jours suivants, l'écoulement se fit plus abondant et les douleurs moindres. Mais le 5 février, je fus rappelé par le médecin traitant, le malade ayant eu des frissons à plusieurs reprises et présentant un gonflement étendu dans le conduit et derrière l'oreille dans le tiers supérieur de l'apophyse et au-dessus du pavillon. Il y avait de la fluctuation à ce niveau. La trépanation de l'apophyse qui avait été discutée plusieurs fois fut résolue et le malade transporté à l'hôpital militaire. Depuis tout est rentré dans l'ordre, mais l'audition est plus basse qu'avant la paralysie faciale, la montre n'étant plus entendue qu'au contact fort de l'os.

## II

Les lésions inflammatoires de l'oreille moyenne sans suppuration, sans carie du rocher, peuvent donc, les observations précédentes comme celles que j'ai citées au début le démontrent, donner naissance à la paralysie faciale du type périphérique par gonflement inflammatoire du névrilemme dans le canal de Fallope.

Il va sans dire que je ne donne pas cette étiologie comme univoque; la paralysie faciale peut reconnaître beaucoup d'autres causes et je n'en donnerai comme exemple que ce cas de Minkowski d'une paralysie faciale à frigore avec lésions

multiples de névrite périphérique sur les extrémités du facial, le tronc étant resté sain. Moi-même, dans le seul cas d'autopsie de paralysie périphérique que j'ai pratiqué <sup>(1)</sup>, j'ai trouvé le nerf facial parfaitement indemne et sans lésion inflammatoire dans le canal de Fallope.

La forme auriculaire de la paralysie faciale a-t-elle des caractères spéciaux ? Les symptômes généraux et la fièvre du début, signalés par quelques auteurs et notamment par Grissolle, peuvent sans doute lui être rattachés en raison de l'inflammation préalable de la gorge et du rhino-pharynx.

Parmi les symptômes exceptionnels de la paralysie faciale qui ont été signalés dans la forme otique, je signalerai les contractions cloniques. Politzer <sup>(2)</sup> a rapporté l'observation d'une femme de 33 ans qui 3 ans 1/2 auparavant avait eu une diminution de l'audition à droite avec des contractions du même côté ; celles-ci avaient duré quatre mois et s'étaient accompagnées d'une paralysie faciale progressive. Il admet une déhiscence du canal de Fallope, ayant permis à la muqueuse de l'oreille moyenne de comprimer le nerf englobé dans le processus de rétraction. Walb <sup>(3)</sup> a rapporté un cas plus intéressant encore. Une fillette de dix ans, au deuxième jour d'une inflammation de la caisse, présenta des mouvements cloniques dans la moitié correspondante de la face. Un an après, les mêmes symptômes se montrèrent du côté opposé, l'autre oreille s'étant prise à son tour. Il y avait en même temps de la parésie du facial. Toutefois, malgré une infiltration profonde et une vive inflammation qui avait été jusqu'à donner des hémorrhagies sur le tympan, il n'y eut pas de perforation de la membrane.

L'abaissement de l'ouïe est fréquent et s'explique trop bien pour qu'il soit nécessaire d'insister. J'ai déjà fait remarquer qu'elle est souvent relative et a besoin d'être recherchée. L'ouïe douloureuse, lorsqu'elle existe, me paraît avoir une importance manifeste. On sait que Landouzy père cherchait

<sup>(1)</sup> LANNOIS. — Tétanos céphalique avec paralysie faciale. (*Revue de Médecine*, 1888).

<sup>(2)</sup> POLITZER. — Trad. franc., p. 474.

<sup>(3)</sup> WALB. — Handbuch der Ohrenheilkunde, de Schwartz, 1893 t. II, p. 205.

à la mettre en évidence, ainsi que l'hyperacousie, au moyen de bruits violents et même de coups de pistolet tirés près de l'oreille malade.

Il ne s'agit pas alors, comme on l'a cru longtemps, d'une paralysie du muscle interne du marteau, ce muscle étant innervé par le trijumeau, mais très probablement de la réunion de deux autres causes. En premier lieu de la paralysie du muscle de l'étrier, de sorte que le tenseur tympanique, n'ayant plus d'antagoniste, enfonce la chaîne des osselets et la platine de l'étrier dans le labyrinthe, toutes les fois qu'il se contracte vivement sous l'influence d'un bruit un peu violent. Mais cette cause n'est pas suffisante pour expliquer la douleur dans tous ces cas et M. Gellé fait remarquer avec raison que la douleur est plutôt due aux mouvements excessifs de la chaîne des osselets dont les articulations sont le siège d'une inflammation plus ou moins marquée.

Bien plus significatives encore me paraissent être les douleurs précédant la paralysie qui n'avaient pas échappé à Bérard et que signale Grisolle. Depuis que Webber (1) a de nouveau appelé l'attention sur elles, elles ont vivement préoccupé la sagacité des observateurs (Charcot, Bernhardt, Erb, Cartaz, Testaz, Grasset, Gellé, Despaigne, etc.). Dans la majorité des cas, elles apparaissent 1 à 2 jours, parfois 10 et 15 jours avant la paralysie faciale. Elles existent au moins dans la moitié des cas; elles siègent dans la profondeur de l'oreille moyenne, dans le conduit, au niveau de l'apophyse mastoïde, au col du condyle, beaucoup plus exceptionnellement à la périphérie. Et si, dans ce dernier cas, on peut supposer une atteinte réflexe ou directe (récurrence) du trijumeau, n'est-il pas évident que le plus souvent les douleurs d'oreille sont en rapport avec une lésion de l'oreille moyenne qu'un simple examen attentif mettrait facilement en évidence mais qu'on ne cherche jamais ?...

Enfin, l'origine otique me semble expliquer parfaitement les paralysies faciales récidivantes. Rien n'est plus commun que les répétitions de poussées aiguës de pharyngite avec inflammation de la trompe et de l'oreille moyenne chez un sujet

(1) WEBBER. — *Boston med. und surg. journal*, 1878.

prédisposé. Que chez celui-ci le nerf facial ne soit pas protégé par un canal déhiscent et chaque fois l'otite pourra déterminer de la paralysie faciale, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer comme cause essentielle et primordiale, ainsi que l'ont fait Möbius, Neumann, etc., l'hérédité ou la prédisposition nerveuse.

On peut se demander après cela, pourquoi la paralysie faciale n'est pas plus commune dans l'otite moyenne aiguë.

C'est d'abord, me semble-t-il, parce que la protection du nerf par le canal de Fallope est souvent très suffisante. En second lieu, on sait que les nerfs offrent souvent une résistance très grande à l'inflammation. En ce qui concerne le facial, notamment, on a pu le voir nager dans le pus (Gruber) (1), le rocher étant complètement carié, sans qu'il y ait eu trace de paralysie. Steinbrügge (2) a vu, dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, le pus fuser dans le conduit auditif interne sans que le facial parût s'en ressentir. C'est ici, me semble-t-il que, la prédisposition nerveuse pourrait jouer un rôle.

J'ai dit au début que cette recherche avait une importance pronostique et thérapeutique. C'est qu'en effet, d'une manière générale, la paralysie faciale liée à l'inflammation simple de l'oreille moyenne m'a paru d'une guérison facile. Souvent il s'agit de formes légères qui disparaissent rapidement surtout si on institue un traitement rationnel et si, au lieu de longues et fastidieuses séances d'électrisation, on soigne l'inflammation pharyngée, si on instille dans l'oreille des liquides calmants et antiseptiques (huile mentholée, iodolée, etc.), si on fait de la révulsion sur l'apophyse, si on pratique le cathétérisme de la trompe.

Je ne quitterai pas ce sujet sans appeler l'attention sur un signe que l'on considère très fréquemment, sans plus ample informé, comme un signe de dégénérescence ; je veux parler de l'asymétrie faciale. Non pas, bien entendu, de l'asymétrie profonde avec atrophie, mais de ces troubles légers, superfi-

(1) GRUBER. — Handbuch der Ohrenheilkunde.

(2) STEINBRÜGGE. — Congrès de Berlin, 1890.

ciels qui font que, dans l'état habituel, un sujet ne parle qu'avec la moitié de la bouche, n'a de mimique que d'un côté de la face et dont cependant tous les muscles sont susceptibles d'agir sous l'influence de la volonté. La plupart de ces malades ont eu, dans la première ou la seconde enfance, des lésions de l'oreille moyenne dont on peut encore trouver la trace.

En résumé on peut conclure :

1° La paralysie faciale dite à *frigore* est fréquemment causée par une otite moyenne peu accusée et qu'il importe de rechercher.

2° Cette otite est due à la propagation à la caisse d'une angine ou d'une rhino-pharyngite déterminée par le froid.

3° L'origine otique de la paralysie faciale rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreille qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe et l'ouïe douloureuse.

4° La portée pronostique de cette donnée étiologique est très grande, car en général la paralysie faciale d'origine otique guérit facilement, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

**LA SCLÉROSE AURICULAIRE  
CONSIDÉRÉE COMME UNE AFFECTION SYPHILITIQUE  
AU COURS DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE**

Par le Prof. **G. GRADENIGO** (de Turin) <sup>(1)</sup>.

Depuis que j'ai communiqué mes premières observations sur ce sujet au XI<sup>e</sup> Congrès international de médecine de Rome, j'ai pu étudier et recueillir une série de nouveaux cas dans lesquels la sclérose auriculaire typique s'était développée sur la base d'une syphilis héréditaire certaine ou très probable. Cette forme morbide, qui correspond parfaitement à l'aspect clinique de l'otite moyenne catarrhale chronique avec diffusion à l'oreille interne, que l'on peut observer dans les familles affectées d'hérédité auriculaire morbide, ou chez des tuberculeux héréditaires, diffère de cette dernière souvent seulement par sa plus grande malignité ; elle progresse malgré tout traitement local, et lorsqu'elle est arrivée à une période qui attire l'attention du malade, elle est peu influencée par le traitement spécifique.

Cette sclérose doit être considérée comme une forme atténuée de l'affection auriculaire typique de la syphilis héréditaire tardive, décrite par Hutchinson et Hinton ; en effet, on rencontre cliniquement tous les passages possibles entre les deux formes, et, dans l'une comme dans l'autre, les troubles fonctionnels peuvent être rapportés soit à l'appareil de transmission des sons (à répercussion tympanique négative) soit à

<sup>(1)</sup> Communication faite à la section otologique de la réunion des médecins et naturalistes allemands à Vienne, septembre 1894.

l'appareil percepteur. Le diagnostic est difficile si les signes de syphilis héréditaire manquent ; dans ces cas là, la reconnaissance de l'existence de l'infection chez les parents et l'examen attentif des frères et sœurs du malade peuvent seuls nous mettre sur la bonne voie. Mais toute surdité progressive, évoluant rapidement avec des symptômes de participation de l'oreille interne chez un individu jeune ne présentant pas d'hérédité tuberculeuse, ni de surdité héréditaire dans sa famille, doit être regardée comme très suspecte de syphilis héréditaire. Je suis convaincu que si les otologistes et surtout les syphiligraphes tenaient compte de l'étiologie, et que si l'on instituait le traitement général correspondant à une période précoce de la maladie, les résultats seraient beaucoup plus favorables que lorsque l'on intervient à une période avancée.

La sclérose auriculaire qui fait l'objet de ces considérations, se rencontre, comme la forme typique de surdité syphilitique héréditaire, le plus souvent chez la femme, mais elle se manifeste plus tard que cette dernière ; tandis qu'au moment de la puberté, elle apparaît entre 20 et 30 ans. Les malades sont souvent des sujets frêles, lymphatiques et scrofuleux ayant eu dans leur enfance des végétations adénoïdes typiques rétro-pharyngées, et affectés de rhinite hypertrophique ou atrophique chronique ; ils peuvent toutefois avoir l'aspect robuste et ne pas présenter de lésions naso-pharyngiennes concomitantes, au moins au moment où l'on a occasion de les examiner. L'affection auriculaire peut constituer l'unique symptôme de la diathèse, mais elle est accompagnée, comme la forme typique, de malformations dentaires, et de kératite interstitielle ; il est rare d'observer des gommès ou d'autres altérations naso-pharyngées produites par la syphilis héréditaire.

La sclérose auriculaire doit être comptée parmi les affections parasyphilitiques, au sens récemment défini par Fournier : elle est d'origine, mais non de nature spécifique.

---

## RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MÉCANISME INTIME DES MUSCLES DU LARYNX

Par le Dr **NIUMAN** (de Budapest).

Pour bien diagnostiquer les paralysies des cordes vocales, il faut s'appuyer sur la connaissance exacte de l'action des muscles qui font mouvoir la corde vocale. C'est par un mécanisme très fin et compliqué, à l'aide des ligaments et des muscles laryngés externes et internes, des cartilages mobiles intercalés et des cartilages fixes servant de point d'appui, que se fait l'accord délicat de l'organe vocal, qui lui permet de remplir des fonctions merveilleuses dans la phonation. Le larynx doit fournir non seulement les nuances les plus fines et les gradations dans le chant, mais encore une force importante pour les exercices vocaux ; il doit aussi servir à la respiration.

Il est entendu que les mouvements musculaires associés se combinent dans les multiples et innombrables accords délicats de la corde vocale de la manière la plus diverse ; l'étude de ce mécanisme, qu'il est étonnant de voir relativement peu troublé, nous fait connaître beaucoup de détails intéressants, qui peuvent être utilisés dans la clinique pratique. Dans la suite, j'attirerai l'attention sur des erreurs de cliniciens très distingués et compétents, qui proviennent des connaissances physiologiques encore incomplètes qu'on a des paralysies et des mouvements des cordes vocales.

Quand il existe de petites différences dans la position des deux cordes, et souvent même quand il y en a de grandes, on peut se demander quelle est la corde atteinte de *parésie* ; on



peut aussi hésiter entre une parésie de la corde vocale ou une contracture.

Il est évident que ces faits devraient intéresser non seulement le spécialiste, mais encore le clinicien ; car pour la localisation d'une affection ou d'un arrêt périphérique de la conductibilité nerveuse, il n'est pas indifférent de prendre le côté sain pour le côté paralysé. Je crois donc n'avoir pas fait une œuvre inutile, en examinant plus profondément l'action et la coopération des muscles laryngés dont le mécanisme, depuis la découverte de la laryngoscopie, n'a pas été aussi patiemment et fréquemment étudié qu'autrefois.

Aujourd'hui, avec l'aide du laryngoscope on peut étudier plus exactement ce mécanisme compliqué et le décomposer en ses éléments simples dont il résulte une action d'ensemble ; et l'on n'a pas besoin d'échafauder théoriquement l'effet terminal de ces mouvements combinés, puisqu'on l'a devant les yeux. Bien plus difficile et plus ingrat était le travail de J. Müller, Liscovius, Harless et Merkel qui étudièrent à grand'peine ce mécanisme. Le grand ouvrage de Merkel <sup>(1)</sup> est trop touffu ; mais le travail de Harless fournit des renseignements de valeur et des expériences consciencieuses qui seront souvent citées dans la suite.

Depuis la découverte de la laryngoscopie, le sujet a été particulièrement étudié par Schech, Schmidt (dans le laboratoire de Vierordt), Rühlman (chez Brücke), en se basant sur l'anatomie, et Jelenffy qui s'appuyait sur l'observation laryngoscopique et des recherches personnelles.

Au lieu de s'occuper de l'action des muscles, l'étude était dirigée vers l'innervation ; cette étude devait donner la solution de maint problème, et elle fut entreprise par Semon, Krause, Navratil, Ziemssen, Riegel, et plus récemment par Exner, Simanowski, Möller, Katzenstein, Onodi (laryngé moyen), Wagner <sup>(2)</sup> (de Halle), Grabower, Hooper, Donaldson, etc.

(1) Anatomie u. Physiologie des menschlichen Stimme u. Sprachorganes, Leipzig, 1863.

(2) Wagners Handwörterbuch der Physiologie. Stimme von Prof. HARLESS, in München.

Peut être bien des points controversés de la physiologie laryngée auraient-ils trouvé une solution simple dans le mécanisme musculaire, aussi j'ai porté mon attention de ce côté.

UN MOUVEMENT NON ENCORE OBSERVÉ DE LA CORDE VOCALE  
PENDANT LA PHONATION

L'observation laryngoscopique me conduisit à étudier quels mouvements la corde vocale et le cartilage aryténoïde exécutaient dans le sens vertical. L'adduction et l'abduction des cordes vocales ainsi que leurs mouvements horizontaux ont été suffisamment étudiés aux points de vue physiologique et pathologique, mais non les mouvements verticaux.

On sait, en général, que les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales se soulèvent pendant la phonation, ce qui est facile à voir au laryngoscope, lorsque le sujet émet un son élevé; et, d'après la tradition, les cordes vocales devraient se soulever pendant la phonation en suivant passivement le soulèvement des cartilages aryténoïdes.

On sait aussi que la parésie ou paralysie de la corde vocale est signalée avant tout par la position du cartilage aryténoïde intéressé; celui-ci ne se soulève pas aussi bien que l'autre, nous disons *qu'il siège plus profondément*.

Lorsque le bord de la corde vocale ne paraît pas excavé, ou que, par suite d'un examen difficile, on a de la difficulté à voir la glotte en entier, nous diagnostiquons la paralysie d'après la situation profonde du cartilage aryténoïde.

Souvent j'observai que la corde atteinte de parésie était située plus haut que la corde saine, bien que le cartilage aryténoïde du côté affecté fût situé plus profondément que l'autre; c'est-à-dire que pendant la phonation il restait caché derrière le côté sain. Je ne pouvais m'expliquer cet aspect que j'observai fréquemment.

Cette différence de niveau des cordes vocales ne s'observe pas dans tous les cas de paralysie; car dans les formes où les cordes ne se rapprochent pas ou lorsqu'elles sont excavées en

croissant, on ne peut pas facilement comparer leur situation ; on voit facilement la différence dans quelques formes de parésie unilatérale des cordes vocales, où l'occlusion glottique complète ou presque complète est possible. La différence est souvent assez grande ; elle peut atteindre environ un millimètre et davantage autant que l'on en peut juger à vol d'oiseau dans le miroir laryngien ; le plus souvent la différence est bien moindre, et fréquemment elle ne consiste qu'en une nuance.

Je me souviens particulièrement d'une chanteuse, chez laquelle, à première vue, on n'observait aucune anomalie glottique, mais qui se plaignait d'avoir perdu quelques-unes de ses notes élevées. Elle chantait la gamme jusqu'à l'ut d'en haut et ne pouvait produire les notes plus aiguës qu'avec effort, ou pendant la faradisation du larynx. Pendant la production des sons élevés et très élevés, le cartilage aryténoïde gauche ne pouvait plus suivre le droit, il demeurait en arrière ; on voyait la situation plus profonde du cartilage, tandis que la corde vocale affectée était plus haute que la corde droite.

Mais il n'était pas douteux d'après les autres symptômes (le peu d'obliquité de la glotte) que la corde vocale gauche fût atteinte de parésie.

Comme plus tard j'observai des phénomènes analogues dans des cas de paralysie des récurrents, il était évident qu'une corde vocale atteinte de parésie ou de paralysie pouvait siéger plus haut qu'une corde saine ; car dans la paralysie récurrentielle, on ne peut méconnaître le côté paralysé ; si par suite de la compensation de la partie saine, il se produit une occlusion glottique avec obliquité, ceci permet de voir parfaitement que la corde paralysée est plus haute que sa congénère.

Je conclus de ces observations cliniques que pendant sa tension, la corde vocale s'abaisse, et que lorsqu'elle n'est pas tendue, elle conserve une position plus haute, c'est-à-dire qu'une corde vocale affectée de parésie siège à un niveau plus élevé qu'une corde bien tendue.

Toutefois, ni dans la littérature anatomique, ni dans la littérature physiologique, je ne trouvai mentionné que, pendant la formation de la voix, la corde vocale faisait une excursion vers le bas. Quelques indications que je trouvai dans

les ouvrages d'anatomie, dans les expériences sur les animaux de Schmidt <sup>(1)</sup> et dans Störk <sup>(2)</sup>, et que je rapporterai ultérieurement, plaident en faveur de cette hypothèse, mais n'affirmaient rien ; elles ne m'offraient aucun point d'appui surtout pour cette raison que l'opinion généralement admise est en faveur de l'élévation de la corde vocale pendant la phonation.

C'est aussi la description que l'on trouve quelquefois dans les traités, bien que la plupart des cliniciens et des physiologistes évitent ce sujet. Même dans l'excellent livre de Grützner <sup>(3)</sup> on ne trouve aucune mention des mouvements verticaux des cordes vocales ; il en est de même dans les ouvrages de Ziemssen, Mackenzie, Gottstein, Schrötter, et d'autres auteurs, qui ne disent pas si les cordes vocales se soulèvent ou s'abaissent pendant la phonation, bien que leur attention puisse être facilement attirée sur ce point, puisqu'ils rapportent tous le cas de Riegel que je reproduis également ici à titre de preuve.

La malade, âgée de 28 ans ne présente, pendant la respiration ou la formation des sons, aucune modification de l'image laryngoscopique normale, mais si au contraire on lui demande de chanter aussi haut que possible une voyelle, un *i* surtout, l'image change notablement. Les deux cordes vocales se mettent dans un plan oblique, de sorte que *la corde droite siège notablement plus haut que la gauche* ; et la fente aryénoïdienne est légèrement repoussée à gauche. R. interprète ces symptômes comme une paralysie du muscle crico-thyroïdien gauche.

Me basant sur mon étude, je dois faire remarquer dès maintenant que bien que la corde gauche fût située plus profondément, c'est la corde droite, qui siègeait plus haut, qui était paralysée, et il n'est nullement prouvé qu'il se soit produit une paralysie du muscle crico-thyroïdien.

(1) SCHMIDT. — Die Laryngoscopie an Thieren. Tübingen, 1873.

(2) HERMANN. — Handbuch der Physiologie. I. Band. 2. Theil. Die Stimme.

(3) D. Archiv. f. klin. Medicin, vol. p. 204.

Cette explication erronée de Riegel qui repose sur la connaissance imparfaite du mécanisme musculaire du larynx fut acceptée sans aucun commentaire par les auteurs précités, c'est pourquoi ils considéraient le niveau profond de la corde vocale paralysée comme tout à fait naturel et s'expliquant de soi-même.

Jurasz<sup>(1)</sup> de Heidelberg, a été un des rares auteurs qui porta son attention sur l'élévation des cordes vocales, mais il considère également la corde vocale située profondément comme paralysée, et il attribue à cette situation profonde une valeur diagnostique pour la parésie des muscles des cordes vocales. Il dit, ce que je puis confirmer, qu'au simple examen laryngoscopique (à vol d'oiseau) on ne peut pas bien découvrir la différence de niveau des cordes vocales, mais que la fente verticale existant entre elles est mieux visible quand on introduit le miroir laryngien un peu obliquement de droite à gauche ou de gauche à droite. « Dans les cas de parésie des muscles des cordes vocales, ajoute-t-il, on devrait faire plus attention à cet état, car souvent il nous manque un indice pour le diagnostic certain de cette affection. Ce symptôme est facile à expliquer : les cordes vocales se soulèvent en même temps qu'elles se tendent par la contraction même de leurs muscles ; en cas de parésie unilatérale la corde la moins tendue sera naturellement la moins élevée. »

Malheureusement je dois dire que bien que Jurasz ait observé, justement, ce qui échappa à d'autres auteurs, il est dans l'erreur en ce qui concerne l'interprétation de la chose vue ; le fait s'explique inversement ; et la corde vocale la plus élevée a dû être la paralysée.

Il est étonnant que ces remarques de Jurasz ne soient pas citées dans les traités, et qu'autant que je connais la littérature, on n'ait élevé aucune objection contre les conclusions précédentes.

J'étais donc à peu près seul de mon idée que la corde vocale tendue devait se porter en bas et je cherchai à résoudre

(1) JURASZ. — Die phonischen Kehlkopflähmungen, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1878.

la question par l'expérimentation qui seule peut expliquer la cause, lorsqu'elle fournit des résultats qui mettent d'accord les manifestations cliniques avec les dispositions anatomiques et les lois physiques.

On sait que, lors de la phonation, le larynx tout entier se soulève, proportionnellement à la hauteur du son, de sorte que chaque note de la gamme provoque un soulèvement laryngé de 4 millimètres (Harless), et que dans la production des *sons aigus*, le larynx s'élève à la hauteur de l'os hyoïde, pour se fixer d'une manière solide, et permettre la tension énergique des cordes vocales. *Toutefois on ne doit pas confondre le soulèvement du larynx dans sa totalité avec les excursions verticales des cordes vocales.* Sans doute les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales doivent suivre le soulèvement du larynx entier, ce qui ne les empêche pas d'exécuter pour leur propre compte divers mouvements qui les déplacent par rapport à l'intérieur du larynx; pendant qu'ils se soulèvent en même temps que le larynx dans sa totalité, ils peuvent s'abaisser relativement dans la cavité laryngienne.

Nous devons séparer ces deux sortes de mouvements. Je n'envisagerai que les niveaux des cordes vocales elles-mêmes; lorsque les *deux cordes vocales fonctionnent de la même manière, on ne peut apprécier leur niveau dans le miroir laryngien*, pour les voir, nous devrions les regarder de côté et non pas en face, d'autant plus que l'interprétation est encore troublée par les mouvements de totalité du larynx.

L'examen au miroir conduit à la conception du soulèvement des cordes vocales pendant la phonation car ce qu'on voit, c'est une élévation proportionnelle à la hauteur des sons, et non l'abaissement relatif, qui est minime.

Mes expériences prouvent le contraire, c'est-à-dire l'abaissement de l'insertion postérieure, au moins, des cordes vocales.

A propos de ces expériences, qui doivent servir à éclaircir le mécanisme laryngien, je remarquerai qu'il est indiqué d'observer le larynx et surtout la glotte, pendant les expériences, c'est-à-dire pendant l'excitation ou la section des nerfs et des muscles, par la voie naturelle et dans leur situation normale.

J'ai pratiqué presque toutes mes expériences de cette façon,

ou j'ai de la sorte contrôlé celles qui avaient été exécutées autrement.

L'expérience est un peu plus laborieuse, mais le résultat est tout autre que lorsque nous divisons le larynx ou que nous attirons cet organe au dehors, après avoir sectionné la membrane hyo-thyroïdienne ; ou bien que nous pratiquons une ouverture dans la trachée sous le larynx, pour voir l'intérieur du larynx.

Il faut examiner le larynx des animaux au laryngoscope, ce n'est qu'ainsi que l'on peut comparer la situation des cartilages aryténoïdes, la forme de la glotte, les mouvements des cordes vocales, etc., avec les images physiologiques laryngoscopiques qui nous sont familières, et que l'on peut constater avec précision les modifications pathologiques de ces diverses parties.

Pour le chien, on n'a pas besoin de se servir du miroir, il suffit de diriger le réflecteur dans la gueule bien ouverte et d'éclairer le pharynx. Après avoir étendu le chien *sur le dos*, on attachera solidement son maxillaire supérieur à la table, tandis que le maxillaire inférieur sera relevé au moyen d'un lien solide, ce qui permet de réfléchir parfaitement la lumière dans le larynx et d'examiner directement ; mais il faut appuyer la langue contre le maxillaire inférieur au moyen d'une forte spatule. De la main gauche, on peut en même temps introduire une longue sonde pour relever l'épiglotte, ce qui du reste est rarement utile lorsque l'animal est éveillé, car alors le chien commence à hurler, il relève l'épiglotte spontanément et l'on peut voir jusqu'à la glotte. Mais si l'animal est profondément anesthésié, et j'ai presque toujours employé ce moyen, on peut s'arranger commodément de façon à introduire un fil solide à travers la pointe de la langue, par ce moyen on attire fortement la langue au dehors, l'aide (un domestique) qui tient en l'air le maxillaire inférieur lié par un cordon, peut saisir ce lien avec la même main ; on pourra même lui remettre aussi un fil qu'on passera dans l'épiglotte, pour l'écarter du champ visuel lorsque l'on ne pourra employer la sonde.

La lumière pourra être fournie par une bonne lampe, toutefois la lumière solaire peut servir par un temps clair.

Dès 1868, Navratil utilisa l'examen laryngien direct, mais il n'employait pas le réflecteur pour l'éclairage ; il est étonnant que ce mode de recherches n'ait pas été plus généralisé ; ainsi, récemment Wagner (de Halle) s'est servi du miroir laryngé pour ses savantes recherches, ce qui se fait aussi après l'opération quand le chien est couché sur le ventre ; je pus suivre exactement les effets, produits dans le larynx intact, par l'excitation de certains nerfs et muscles provoquée par un assistant.

Mais cette méthode n'était pas utilisable pour la détermination de la différence de niveau. Car il faudrait pour cela que l'animal pût émettre un son, ce qu'il ne fait pas dans l'anesthésie profonde, et s'il n'est pas anesthésié, il se tient rarement assez tranquille pour qu'on puisse reconnaître avec sûreté ces légères différences, qui ne sont pas appréciables à l'œil, parce qu'elles ne se produisent pas dans un plan perpendiculaire, mais parallèle à l'axe de la vue.

Schech<sup>(1)</sup>, d'après ses expériences et d'accord avec l'opinion générale, décrit la corde vocale paralysée comme située plus profondément, et il attire simultanément l'attention sur cette difficulté : « Il semble, dit-il, que la différence de niveau se soit également manifestée lors de mes précédentes expériences, mais toutefois je ne puis considérer ces dernières comme probantes, car en raison de l'exiguité relative et l'étroitesse des cordes vocales chez les chiens, rien n'est plus difficile que de distinguer avec sûreté de petites déviations du plan horizontal. »

Je n'ai pas été gêné par l'exiguité de l'image laryngienne chez le chien, mais il est très gênant que le chien n'ait pas comme l'homme des cartilages aryénoïdes pointus, mais des apophyses en forme de crêtes (cartilage de Santorini), de sorte que lorsque les deux lames des cartilages aryénoïdes se touchent, la portion antérieure de la glotte est cachée.

Je vais rapporter les détails suivants d'après mes expériences :

*1<sup>re</sup> expérience* (28 décembre 1892). — Très gros chien brun. Le larynx est fendu au milieu, les récurrents disséqués préa-

<sup>(1)</sup> Zeits. f. Biologie, 1873.



lablement, de même que le muscle crico-thyroïdien gauche avec ses nerfs. Le chien est profondément anesthésié. On porte les électrodes du courant faradique sur le moignon périphérique du nerf récurrent, la corde vocale se raccourcit, se met en adduction vers la ligne médiane, et se dirige sensiblement vers le bas (du côté du thorax). L'apophyse vocale du cartilage aryténoïde est attirée en avant et en bas, en rotation en dedans. On peut contrôler ces derniers mouvements au moyen du toucher digital. Si l'on introduit une sonde le long de la corde vocale lorsqu'elle est au repos, on peut voir que celle-ci, lors de l'excitation nerveuse, descend en abandonnant la sonde ; cette descente va jusqu'à 2 centimètres pour l'insertion postérieure ; lorsque l'excitation est interrompue, la corde vocale se remet au niveau de la sonde. La corde droite, du côté où le muscle crico-thyroïdien demeure intact, s'abaisse d'une façon peut-être un peu plus prononcée. Le courant est moyen (25 centimètres d'éloignement de la seconde bobine).

2<sup>e</sup> expérience. — Petit ratier jeune (X).

Le larynx est fendu, les récurrents sont mis séparément en contact avec les électrodes, la corde vocale correspondante est raccourcie et en état d'adduction, l'insertion postérieure à peine visible est attirée en bas. Le courant d'induction d'intensité moyenne diffuse sur l'autre corde vocale (gros fil).

3<sup>e</sup> expérience (9 janvier). — Chien de taille moyenne (XI). Le larynx est fendu, après avoir préparé et sectionné les deux nerfs laryngés inférieurs, de même que les crico-thyroïdiens. Au moyen de courants d'induction moyens on peut en excitant le récurrent, produire les mêmes modifications dans la situation des cordes vocales, ce qui donne un abaissement de 1 1/2 millimètre environ.

4<sup>e</sup> expérience. — Petit chien brun (XII).

La même préparation. Par un faible courant, la corde vocale tremble, par un courant plus fort elle est en adduction et raccourcie, on peut avec le doigt s'assurer des mouvements de l'apophyse vocale en dedans et en bas.

5<sup>e</sup> expérience. — Chien noir de taille moyenne (XIII).

Larynx fendu, les deux récurrents préparés et séparés, section du crico-thyroïdien droit, le gauche demeurant intact.

L'excitation du moignon du récurrent amène aussi le *retrait de la corde vocale*. J'ai rendu plus visible le retrait de l'apophyse vocale en enfonçant une aiguille dans son axe. Lors de l'excitation du nerf, l'aiguille inclinait en dedans et en bas. L'aiguille avait 38 millimètres de long et était enfoncée à 3 millimètres de profondeur, elle dépassait donc l'apophyse vocale de 35 millimètres. J'ai enfoncé dans le chas de l'aiguille une seconde aiguille à angle droit qui traçait sur une feuille de papier enfumé qu'on avait placée au-dessous, pour marquer la position de l'aiguille avant et pendant l'excitation : celle-ci mesurait 9 millimètres. J'ai ensuite sectionné l'apophyse vocale et me suis assuré que l'aiguille avait pénétré presque dans l'axe de la longueur.

Je dois faire remarquer que l'aiguille peut dévier de sa direction, lorsqu'elle n'est pas convenablement introduite ; elle peut rencontrer dans les faisceaux élastiques de la corde vocale, un point d'appui, une sorte d'*hypomocion* et alors elle n'est plus un prolongement de l'apophyse mais un levier à deux bras. Aussi faut-il un peu dégager l'apophyse vocale.

Ceci mis à part, des glissements non appréciables se produisent pendant l'abduction et la contraction dans les différentes couches des faisceaux des cordes vocales, mais qui ne nous sont pas d'une grande utilité, parceque nous avons en vue la corde vocale dans son ensemble.

Les expériences précédentes n'éclairent la question que d'un côté, elles sont pour ainsi dire élémentaires. Nous avons devant nous une corde vocale soumise à l'action unilatérale du nerf récurrent ; l'excitation récurrentielle fait raccourcir la corde vocale, et le cartilage aryténoïde est attiré en avant ; ce dernier, grâce à la disposition de son articulation glisse et s'incline fortement en avant, ce qui produit une inclinaison de l'apophyse vocale en bas. Le bord de la corde vocale n'est rien moins que tendu à la suite de ce raccourcissement. Il nous reste à examiner maintenant la phonation naturelle, qui est plus compliquée, parceque la bande vocale garde sa tension et le cartilage aryténoïde sa fixité.

6<sup>e</sup> expérience (27 janvier). — Gros chien (XIV).

Les dimensions du larynx sont celles du plus grand larynx

humain. On fend le larynx après avoir préparé et sectionné les deux récurrents ; le muscle crico-thyroïdien droit est également séparé dans le but de servir à l'expérience. Le muscle crico-thyroïdien gauche et son nerf demeurent intacts.

L'excitation du moignon du récurrent produit, comme précédemment, de l'adduction, le raccourcissement de la corde vocale, avec abaissement de l'insertion postérieure de cette dernière. L'aiguille enfoncée dans l'apophyse vocale indique parfaitement ces mouvements.

J'excitai le moignon récurrentiel gauche au moyen d'un léger courant d'induction (35 à 40 centimètres d'intervalle), et excitai ensuite le crico-thyroïdien par un fort courant, produit par un second appareil d'induction. Alors la corde vocale s'allonge, le bord tendu de la corde vocale fait saillie, la corde vocale et l'apophyse vocale ne sont pas soulevées ; et même la plus forte excitation du muscle crico-thyroïdien n'empêche pas l'inclinaison en bas de l'apophyse vocale produite par l'excitation récurrentielle.

Si l'on excite seulement le crico-thyroïdien la corde vocale éprouve une tension dans le sens de la longueur, *en avant l'anneau du cartilage cricoïde est relevé jusqu'au cartilage thyroïde*, ce qui fait dévier en arrière et en bas le chaton du cartilage cricoïde avec les deux cartilages aryténoïdes, de sorte qu'elle se trouve située à 2 millimètres plus profondément qu'à l'état de relâchement.

Si l'on augmente toujours le courant, de façon à ce qu'il diffuse sur les muscles latéraux, nous obtenons à peu près la position naturelle de la tension des cordes vocales, seule l'adduction est encore absente ; je l'obtiens en excitant avec un autre appareil le moignon récurrentiel au moyen d'une faible induction : alors la corde vocale raccourcit, se raidit, l'apophyse vocale est repoussée à l'intérieur et incline vers le bas. On voit par là que l'extrémité postérieure de la corde vocale siège plus profondément dans la tension et l'adduction que dans les cas de relâchement.

7° *expérience* (30 janvier). — Très gros chien dogue (XV)

Les deux récurrents sont séparés, ainsi que le muscle crico-thyroïdien droit ; le chien est anesthésié profondément. Par la

cavité buccale largement ouverte, on introduit un petit crochet dans le larynx et on accroche l'insertion postérieure de la corde vocale gauche ou l'apophyse vocale du même côté. Du crochet part un mince fil de soie qui court sur une poulie à travers la cavité buccale de l'animal couché horizontalement, et à celui-ci on attache un poids de 5 à 10 grammes. Parallèlement à la partie verticale du fil de soie on établit une règle graduée en millimètres, sur laquelle on lit l'élévation et l'abaissement du poids. De cette manière, la chute du poids correspondait à l'élévation de la corde vocale, et la hausse à l'abaissement de cette dernière. Pendant l'expiration spontanée chez l'animal, (c'est-à-dire lors de la tension de la corde vocale) le poids montait invariablement de 1 1/2 à 2 millimètres, mais il redescendait lors de l'inspiration et du relâchement de la corde vocale ; de sorte que simplement d'après la hausse du poids, on pouvait dire qu'une inspiration allait suivre.

Ici vraisemblablement, seule agissait la contraction du muscle crico-thyroïdien gauche intact, qui tend la corde vocale à chaque expiration. Par la contraction de ce muscle la lame portant le cartilage aryénoïde disparaît dans la profondeur. Si l'on faradise le moignon récurrentiel, le poids s'élève de 1 à 1 1/2 jusqu'à 2 millimètres. Le larynx fendu révèle le même état de choses ; toutefois il ne faut pas introduire le crochet dans la muqueuse, mais dans les insertions de la corde vocale (dans la portion postérieure) ou dans l'apophyse vocale.

Après avoir ainsi scruté les détails du mécanisme des cordes vocales, je m'attaquai à l'ensemble très compliqué, c'est-à-dire aux mouvements spontanés de la corde vocale, intacte après avoir pratiqué des fenêtres dans les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> anneaux de la trachée pour observer ceux-ci de près.

Mes résultats confirment les conclusions précédentes.

8<sup>e</sup> expérience (4 février). — Très gros chien de chasse (XVI).

A l'examen laryngoscopique, on voit les mouvements rapides des cordes vocales ; les dimensions surpassent en grandeur celles du larynx humain.

Légère narcose, les deux récurrents et les crico-thyroïdiens sont mis à nu. Incision étroite de la trachée sous le cartilage cricoïde. On voit distinctement pendant l'expiration, la ten-

sion de la corde vocale ; la glotte se ferme, l'animal essaie de crier, mais il ne peut émettre un son, car l'air s'échappe au-dessous du larynx.

A l'état normal, sans aucune excitation nerveuse, on voit très bien la situation profonde de l'extrémité postérieure des cordes vocales et le recul de l'apophyse vocale chaque fois que se ferme la glotte.

On sectionne le nerf récurrent droit, la corde vocale droite est paralysée, peut-être est-elle un peu tendue ; le cartilage aryténoïde est au repos.

L'apophyse vocale s'incline vers le haut, et reste avec la corde vocale droite, à 2 millimètres plus haut que sa congénère bien tendue dans la position phonétique.

Si l'on excite le moignon récurrentiel, l'appendice vocal incline de nouveau vers le bas, la corde vocale tremble, se raccourcit, son bord se relâche, et n'est plus comparable à son congénère. On peut parfaitement rétablir la position physiologique de phonation en faradisant le muscle crico-thyroïdien du même côté. Le ruban s'allonge, se tend et descend au niveau de la corde vocale normalement innervée.

A ma connaissance, personne n'a avant moi cherché à rétablir la position physiologique de la corde vocale paralysée par l'excitation électrique simultanée du nerf récurrent et du muscle tenseur. Ensuite l'on sectionnait le récurrent gauche de manière à paralyser le muscle tenseur gauche l'apophyse vocale s'inclinait vers le haut, faisant disparaître de nouveau toute différence de niveau.

Sur des larynx de petite dimension, ces observations sont plus difficiles à faire, c'est pourquoi on choisit de préférence de très gros chiens pour ce genre d'expériences.

9<sup>e</sup> expérience. (21 février). Chien de taille moyenne. — Les deux récurrents et les crico-thyroïdiens sont disséqués, sans anesthésie préalable de l'animal, et dans la trachée on pratique une étroite fenêtre sous le cartilage cricoïde. On distingue très nettement les cordes vocales, en les éclairant avec le réflecteur, et leur mouvement de recul au moment de la tension et de l'occlusion glottique peut atteindre 4 millimètres c'est-à-dire que l'insertion postérieure de la corde vocale se

trouve à 4 millimètres au-dessous de la position de relâchement (inspiration). Cette excursion qui était plus marquée que chez le chien précédent (XXV), lequel était pourtant bien plus gros, doit être vraisemblablement attribuée à la forte innervation de l'animal non anesthésié ; car le chien cherche à crier très fort, mais il ne peut émettre de voix lorsque la trachée est ouverte.

Même un œil non exercé peut reconnaître le recul de l'insertion postérieure de la corde vocale, qui augmente avec l'adduction des cordes vocales, et, après l'occlusion vocale, pour atteindre son maximum avec l'inclinaison des apophyses vocales, au moment du maximum de tension des cordes. Le récurrent gauche est sectionné, et la corde gauche reste bien tendue quoiqu'en position d'adduction, mais elle siège un peu moins bas que la corde droite. (La différence n'est pas si marquée que chez le chien précédent plus gros mais anesthésié).

Si l'on sectionne le crico-thyroïdien gauche, la corde vocale s'abaisse moins, quoique toujours tendue ; les efforts du chien compliquent le tableau d'une façon visible. On sectionne ensuite l'autre récurrent et le crico-thyroïdien, ce qui donne lieu à l'arrêt des mouvements des cordes vocales.

Les cordes vocales se rejoignent bien encore parfois dans l'effort (avec contraction de la musculature pharyngée), mais elles ne s'abaissent pas et restent sur un plan incliné d'avant en arrière et de bas en haut.

Si nous considérons le résultat de ces recherches, nous voyons que chez les chiens anesthésiés et encore plus chez ceux qui ne le sont pas, les cordes vocales, pendant la phonation, c'est-à-dire pendant l'adduction et la tension, s'abaissent par leur insertion postérieure.

Nous avons observé ces mouvements d'abaissement des cordes vocales, dans tout ce qu'ils ont de compliqué, dans les dernières expériences, et les mouvements élémentaires, dans les premières recherches unilatérales.

Envisageons maintenant les conditions anatomiques, et la force qui meut l'insertion des cordes vocales, c'est-à-dire l'apophyse vocale des cartilages aryénoïdes dans le sens vertical.

Considérons tout d'abord l'articulation crico-aryténoïdienne, ou plutôt sa base. Cette dernière, c'est-à-dire la surface articulaire du cartilage cricoïde, est formée de manière à contredire, en apparence, notre observation. Cette surface articulaire est longue, étroite, convexe et se dirige en bas et en dehors (en même temps qu'en avant) de sorte que le cartilage aryténoïde, quand il s'écarte de la ligne médiane et tourne en dehors (pendant l'inspiration), glisse en bas sur cette pente. Il est donc indubitable que les cartilages aryténoïdes s'enfoncent sur ce plan incliné au moment de l'abduction, et qu'ils atteignent le maximum de hauteur au moment de l'occlusion glottique.

L'anatomie ne fournit aucune notion sur la hauteur de cette pente; toutefois on peut l'évaluer par la trigonométrie d'après les mensurations de Harless; suivant ce dernier, ce plan incliné forme avec la ligne horizontale un angle de  $30^{\circ}$  ( $50^{\circ}$  d'après Merkel); sa longueur qui est celle de la ligne le long de laquelle glisse le cartilage aryténoïde atteint 3 millimètres, on voit par là que la hauteur du plan incliné peut varier de  $\frac{1}{2}$  à 2 millimètres.

Le cartilage aryténoïde dans sa totalité siège donc environ 2 millimètres plus bas sur la surface articulaire du cartilage cricoïde, quand il est éloigné; tandis qu'il est inversement situé 2 millimètres plus haut lorsqu'il se trouve dans la position d'adduction (c'est-à-dire prêt à la phonation).

*Toutefois le niveau des cordes vocales dans la ligne verticale n'est pas commandé seulement par le cartilage aryténoïde dans sa totalité, mais aussi par la position de l'apophyse vocale, à laquelle la corde est attachée.*

Les cartilages aryténoïdes, par suite de leurs articulations très mobiles, peuvent par eux-mêmes exécuter des mouvements de charnière très étendus par leur axe vertical, ou plutôt des mouvements de pendule d'avant en arrière, ce qui fait décrire à l'apophyse vocale des arcs de cercle considérables.

Les autres mouvements de rotation du cartilage aryténoïde autour de leur axe vertical peuvent être négligés ici, car quoiqu'ils compliquent l'action des cartilages aryténoïdes,

ils sont insignifiants au point de vue des changements de niveau, parce qu'ils se produisent dans le plan horizontal ; ce qui fait que pour la hauteur de la corde vocale nous n'avons à analyser que deux sortes de mouvements : 1) le glissement en haut et en bas du cartilage aryténoïde, sur le plan incliné de la surface articulaire qui a une inclinaison horizontale de  $30^{\circ}$  à  $50^{\circ}$ , et 2) les mouvements de charnière de l'axe vertical des cartilages aryténoïdes en arrière et en avant, qui font décrire à l'apophyse vocale un arc vertical, qui d'après les mensurations de Harless sur le cadavre pourrait atteindre 4 ou 5 millimètres.

A première vue il semble paradoxal que les cordes vocales s'abaissent pendant la phonation ou l'adduction, car le cartilage aryténoïde doit dans ce but glisser vers le haut de la base de l'articulation correspondante. Toutefois l'occlusion glottique ne se produit pas par une seule force musculaire, qui à elle seule aurait pour action unique d'attirer le cartilage aryténoïde et la corde vocale vers la ligne médiane. En même temps, la corde vocale doit être tendue ; d'autre part l'occlusion glottique s'accomplit par l'action combinée de plusieurs muscles, ce qui ne saurait être autrement dans une articulation aussi mobile ; et enfin à cause de la mobilité de l'articulation il faut une certaine résistance et une opposition de la part des muscles pour réaliser la fixation du cartilage aryténoïde. Au moment de la phonation entrent donc en action : l'appareil tenseur de la corde vocale (muscle crico thyroïdien antérieur) puis les adducteurs, c'est-à-dire la masse musculaire sur les parois latérales du larynx ; cet ensemble est dénommé par Henle *sphincter laryngien* ; puis la résistance représentée par l'élasticité de la corde vocale et des ligaments articulaires ainsi que par les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs antagonistes des antérieurs (Jelenffy).

a) La tension des cordes vocales doit être attribuée au muscle crico-thyroïdien antérieur. J'ai étudié l'action de ce muscle, et personne ne pourra me contredire lorsque j'avancerai que son action consiste à soulever le cartilage cricoïde vers le thyroïde, tandis que ce dernier reste fixe.

Jusqu'à ces derniers temps on faisait erreur au sujet de ces



muscles, lorsqu'on disait qu'au contraire le cartilage thyroïde descendait vers le cartilage cricoïde, et cette erreur a été consignée jusque dans les traités les plus récents. Toutefois les expériences les plus récentes, et en particulier les graphiques de Hooper (de Boston), que je puis confirmer, ne permettent plus de douter que le cartilage thyroïde ne reste fixe tandis que le cartilage cricoïde au contraire remonte. Lors de cet acte, le cartilage cricoïde a son point d'appui dans l'articulation thyro-cricoïdienne, et oscille autour d'un axe horizontal, qui traverse les ligaments articulaires (art. des petites cornes du cartilage thyroïde et du cartilage cricoïde). Il est mû comme un levier coudé à deux branches, dont la plus longue, horizontale, est en avant, et la plus courte en arrière du point de rotation. Si on élève la branche antérieure jusqu'au cartilage thyroïde, la branche postérieure, c'est-à-dire le chaton décrit un arc en bas et en arrière et entraîne naturellement les cartilages ary-ténoïdes auxquels il est relié par des articulations ; ces derniers exercent une traction sur les cordes vocales, de façon à les tendre ; elles suivront même les mouvements d'abaissement jusqu'à ce que l'extensibilité de l'articulation crico-aryténoïdienne ait atteint ses limites.

Par ce mécanisme, l'insertion postérieure de la corde vocale s'écarte notablement de l'insertion antérieure, de sorte que la corde s'allonge de 20 à 30 %, ce qu'on peut observer aussi bien sur le cadavre (Harless) que sur les animaux.

Les cartilages aryténoïdes peuvent parfois paralyser la traction de la corde vocale, lorsque subissant la force élastique de la corde vocale ils inclinent fortement en avant leur axe vertical, mais seulement jusqu'à la limite permise par la capsule articulaire formée par les ligaments de l'articulation crico-aryténoïdienne ; car le vigoureux ligament triangulaire empêche les cartilages aryténoïdes de basculer en avant (ces ligaments sont évidemment renforcés par l'action musculaire lors de la phonation) de façon que les cordes vocales doivent reculer. La corde vocale doit-elle aussi suivre le mouvement de recul du chaton du cricoïde ? Jusqu'à un certain point elle peut être indépendante de cette dernière ; l'axe vertical du cartilage aryténoïde devrait s'incliner en arrière, de

façon à ce que l'appendice vocal et la corde vocale demeuraissent au même niveau, même au cas où le cartilage aryténoïde tout entier serait situé plus profondément. Il en est de même pour un bateau submergé qui peut avoir sa proue relevée de telle façon qu'un câble tendu de la proue à la passerelle pourrait être situé au-dessus de l'eau. Il s'agit seulement de savoir si les dispositions anatomiques et les forces musculaires le permettent ; c'est-à-dire si l'apophyse vocale peut incliner assez fortement vers le haut pour paralyser le mouvement de descente du chaton du cricoïde et si la force musculaire remplit ce but.

La possibilité anatomique n'est pas exclue ; moi-même je n'ai pu prendre des mesures très précises, car il ne s'agissait pas seulement de la grandeur, mais de l'espèce des mouvements, aussi ne puis-je évaluer qu'approximativement la quantité. Ainsi qu'on le sait, Harless trouva que l'arc que décrit l'apophyse vocale dans le sens vertical avait 4 à 5 millimètres ; et moi, j'observai, sur un larynx de chien excisé, au moyen de l'excitation du muscle crico-aryténoïdien postérieur une rotation en dehors et une ascension de l'apophyse vocale d'environ 4 millimètres. Le chaton du cartilage cricoïde ne décrit pas un arc plus grand dans les mouvements de recul, ce qui est aisé à vérifier.

D'après mes expériences, il résulte que pendant la phonation la force musculaire n'est pas assez puissante pour faire remonter l'apophyse vocale vers le haut, c'est-à-dire pour renverser en arrière les cartilages aryténoïdes suffisamment pour équilibrer le niveau de la corde vocale.

Comme force il faut citer l'élasticité de la corde vocale tendue, qui réagit contre la distension. Cette force agit dans la direction de la corde vocale elle-même ; c'est-à-dire à peu près horizontalement. La corde vocale ne possède pas de point d'appui fixe qui lui permettrait d'attirer quoi que ce soit de bas en haut ou inversement ; elle ne peut tirer que sur l'apophyse vocale et la tourner jusqu'à ce qu'elle se place dans la ligne de la corde vocale, de là l'élasticité de la corde vocale ne peut autrement la mouvoir qu'en avant. Cette traction réagit contre l'élévation de l'apophyse vocale, en attirant en avant les

cartilages aryténoïdes qui sont forcés de s'incliner en avant ; de sorte que l'élasticité de la corde vocale est opposée à l'inclinaison en arrière et au redressement du cartilage aryténoïde.

*L'élasticité de la corde vocale tendue elle-même empêche ainsi un soulèvement de cette dernière, parce que la corde vocale fait incliner en avant le cartilage aryténoïde et par suite ne peut plus se relever mais seulement s'abaisser.*

Mais il existe une force musculaire qui agit lors de la phonation et redresse le cartilage aryténoïde ou même l'incline en arrière, de façon à incliner vers le haut l'apophyse vocale, c'est la force résultante (qui tire en arrière) du muscle crico-aryténoïdien postérieur.

Jelenffy croyait que ce muscle coopérait à la fixation du cartilage aryténoïde pendant la phonation ; on trouve aussi des idées à ce sujet dans les ouvrages de Vierordt, Gerhardt et même Harless.

Tandis que les cordes vocales tendues lors de la phonation exercent une traction très grande sur le cartilage aryténoïde de façon à le luxer quelquefois hors de son articulation, et que cette traction en avant est encore augmentée par les forces du muscle latéral (crico-aryténoïdien latéral) qui tirent en avant et du muscle vocal (thyro-aryténoïdien interne) et que cette traction n'est entravée que par un ligament articulaire, le ligament triangulaire, la force musculaire du muscle postérieur empêche le cartilage aryténoïdien de basculer en avant, en l'attirant fortement en arrière, en le redressant de sa position penchée et en le forçant d'incliner en arrière l'axe vertical, afin de relever les cordes vocales. Ce muscle n'a pourtant pas la prépondérance lors de la phonation, car les adducteurs des cordes vocales participent également à ce mécanisme.

*b) Les adducteurs des cordes vocales.*

Un regard jeté sur le trajet de ces muscles, qui font tourner le cartilage aryténoïde en dedans et le rapprochent de la ligne médiane, nous montre que ceux-ci ne constituent pas un élément négligeable en tant que forces verticales.

Ils s'étendent tous de bas en haut jusqu'au cartilage aryténoïde, et doivent attirer en bas ce dernier par leur contraction ; aucun de ces muscles n'a une action opposée.

Le muscle crico-aryténoïdien latéral part du cartilage cricoïde et atteint le cartilage aryténoïde de même que le muscle aryténoïde. Les muscles thyro-aryténoïdiens interne et externe se dirigent parallèlement aux cordes vocales depuis le cartilage thyroïde jusqu'à l'apophyse vocale. Nous lisons dans le traité d'anatomie de Henle (1866). « Les apophyses vocales sont tournées en haut et en avant. Aucun muscle n'est plus apte à exécuter ce mouvement que le thyro-aryténoïdien interne dont les fibres naissent presque sur la ligne médiane et s'élèvent en s'élargissant jusqu'au bord latéral du cartilage aryténoïde. » J'ai extrait ce muscle sur des animaux vivants, je l'ai préparé et excité par l'électricité, ce qui m'a permis d'observer parfaitement comment la partie descendante du latéral et en particulier des thyro-aryténoïdiens interne et externe entre en action, tandis que le muscle postérieur, en faisant tourner l'apophyse vocale, le fait monter.

Les muscles adducteurs des cordes vocales attirent l'apophyse vocale soit directement, soit indirectement avec une force considérable en avant et en bas ; cette force est contrebalancée par la partie du muscle postérieur qui tire en arrière.

Ce dernier muscle ne peut l'emporter au moment de l'occlusion glottique, car il existe une occlusion et non une ouverture de la glotte ; et les parties postérieures ainsi que le démontre l'expérience, ne peuvent assez dépasser les muscles antagonistes et l'élasticité de la corde vocale pour soulever l'apophyse vocale et incliner en arrière les cartilages aryténoïdes. Le muscle postérieur sert seulement à soutenir le cartilage aryténoïde contre une traction antérieure, et à le fixer plus sûrement ; car ces complications du mécanisme d'occlusion, comme la traction et la contre-traction et la résistance élastique, la rotation de l'apophyse vocale et l'action antagoniste des muscles, donnent au cartilage aryténoïde la stabilité et à la corde vocale la suspension sûre que nécessite la production du son et de la voix. Sans cette disposition, nous aurions une voix vacillante, incertaine, ou bruyante comme en ont les chanteurs dont les muscles sont fatigués ou faibles et qui ont un chevrottement produit par l'abaissement et l'élévation continuels de l'action musculaire. Il y a encore une

circonstance très importante qui contribue à la situation solide du cartilage aryténoïdien non encore décrite jusqu'ici. Les cartilages aryténoïdes qui sont amenés sur la ligne médiane par les adducteurs et le muscle inter-aryténoïdien, ne le peuvent faire qu'à condition de glisser en haut sur leur surface articulaire. Ainsi les adducteurs qui tirent avec force le cartilage vers le bas, doivent l'appliquer contre sa base d'autant plus qu'il doit remonter davantage vers la ligne médiane. Le muscle antagoniste lui-même, le postérieur, saisit le cartilage par en bas et participe également à faire adhérer solidement le cartilage à sa base.

La situation profonde des cordes vocales et de leurs apophyses, malgré que les cartilages aryténoïdes siègent plus haut dépend, ainsi qu'il a déjà été dit, de l'inclinaison de l'axe vertical du cartilage ; une force considérable appartient donc aux parties des adducteurs qui tirent en bas.

Le mécanisme de la phonation se décompose de la façon suivante : la corde vocale se tend, et le chaton du cricoïde avec le cartilage aryténoïde s'abaisse (muscle crico-thyroïdien), le cartilage aryténoïde tourne en dedans et s'approche de la ligne médiane, ce qui le fait glisser en haut sur la surface articulaire oblique, mais les apophyses vocales sont attirées en avant et en bas (muscles latéraux et vocaux) ; à l'exagération de cette traction s'oppose une traction venue d'en arrière (muscle postérieur) et le cartilage est serré contre sa base avec la plus grande force possible par les deux antagonistes latéraux.

La disposition anatomique de l'articulation nous révèle les faits suivants : si, à travers l'axe horizontal du cartilage aryténoïde, et en entrant par sa surface postérieure, nous introduisons une longue aiguille qui traverse l'apophyse vocale, nous pouvons exécuter les mouvements de charnière du cartilage aryténoïde comme avec un long levier, c'est-à-dire que nous pouvons incliner l'apophyse vocale, cette dernière se meut en dehors ; mais si nous l'inclinons vers le bas, elle se meut spontanément en dedans ; en d'autres termes, le cartilage est constitué de manière à produire le plus facilement l'abaissement de l'apophyse vocale au moment de l'adduction (occlu-

sion vocale), tandis que l'abduction (ouverture) produit le soulèvement de l'apophyse vocale.

Ceci vient donc à l'appui de nos idées : le soulèvement de la corde vocale apparaît lors de l'abduction et non pendant l'occlusion et la tension, et la vieille théorie du soulèvement de la corde vocale au moment de la phonation est infirmée.

Mais comment expliquer l'image laryngoscopique clinique, dans laquelle le cartilage aryénoïde, dans un cas de paralysie laryngée, siège plus profondément du côté paralysé ?

C'est probablement une erreur d'optique ; car le cartilage aryénoïde ne siège vraisemblablement pas plus profondément que l'autre, mais il est situé derrière l'autre. Au moyen du miroir nous voyons l'image située horizontalement au naturel, dans une position oblique, car nous ne pouvons introduire la surface du miroir parallèlement à l'ouverture du larynx, mais à un angle ouvert un peu plus en avant ; ainsi ce qui se trouve réellement en avant est vu en haut, et ce qui se trouve en arrière est vu en bas dans le miroir ; dans ce dernier, nous voyons la commissure antérieure tout à fait en haut, les cartilages aryénoïdes en bas ; si l'un est derrière l'autre, il paraît situé plus profondément.

Mais à part l'erreur d'optique, l'extrémité du cartilage aryénoïde paralysé, inclinée en arrière, peut véritablement siéger plus profondément que la non paralysée mais dans ce cas son apophyse vocale demeure aussi plus haute. Puis il est hors de doute qu'un aryénoïde en état d'abduction complète siège plus profondément que celui qui est dirigé vers la ligne médiane, parce que le premier occupe l'endroit le plus bas sur la surface articulaire inclinée.

Après avoir éclairci ce point contradictoire en apparence je veux m'appuyer sur certaines données de la littérature, qui, quoique obscures, se rapportent tout de même à la description de la position des cordes vocales. Ainsi Stærk <sup>(1)</sup>, dans la description de la paralysie des muscles des cordes vocales, dit que les dernières siègent plus haut. Il admet il est vrai qu'en opposant moins de résistance au courant d'air elles sont soulevées.

(<sup>1</sup>) Klinik der Kelhopkrankheiten, 1880.

Ziemssen <sup>(1)</sup> fait la description suivante : « L'entrecroisement ordinaire des cartilages de Santorini, le cartilage sain en avant, est produit par le fort abaissement du processus vocal (du côté sain) consécutif à l'action énergique du crico-aryténoïdien latéral et du thyro-aryténoïdien interne. »

D'après cela on pourrait conclure que Ziemssen croyait à l'abaissement de la corde vocale saine pendant la phonation, mais il décrit plus loin, sans commentaires : « Lors de l'émission forte des sons élevés, la corde vocale saine peut s'élever *au-dessus* de la corde paralysée. »

J'ai déjà cité l'opinion de l'anatomiste Henle sur le thyro-aryténoïdien interne.

Schmidt <sup>(2)</sup> écrit dans ses expériences sur les animaux, qu'au moment de la section, les muscles adducteurs de l'apophyse vocale affectée siègent *plus haut* que les muscles non paralysés.

Si l'abaissement relatif de la corde vocale au moment de la phonation, n'était pas compliqué par le soulèvement du larynx tout entier, ce phénomène si important pour le diagnostic de la parésie ne serait pas passé si longtemps inaperçu.

Bien que je ne veuille pas aborder la théorie, on doit se demander si cet abaissement des cordes vocales pendant la phonation n'offre pas d'avantages au point de vue phonétique.

Elle aide certainement à l'occlusion glottique plus complète et cela d'après les faits suivants : si nous considérons les mensurations soigneuses de Harless, nous voyons que les cordes vocales de l'homme ne se trouvent pas exactement dans un plan horizontal. Si nous considérons la surface postérieure du cartilage cricoïde comme verticale, les cordes s'inclinent horizontalement, et forment un angle postérieur ouvert. Elles s'étendent d'avant en arrière en remontant. L'inclinaison horizontale des cordes vocales subit des variations, Harless a observé les degrés d'inclinaison suivants :

Chez un enfant de 4 ans . . . . .	19°
— — 15 ans . . . . .	2°
— — individu de 25 ans . . . . .	12°

(1) ZIEMSEN. Pathol. u Therapie, 1876, IV Band. 459.

(2) SCHMIDT. Laryngoscopie an Thieren. Tubingen, 1873, p. 78.

Chez un individu de 40 ans . . . . .	31°
— — 45 ans . . . . .	21°
— — 50 ans . . . . .	13°

On peut donc dire que le degré d'inclinaison en moyenne est d'environ 20°. Mais Harless trouva au cours de ses expériences que des languettes en caoutchouc attachées à un tube à air, sous un angle incliné, entrent plus facilement en vibration que lorsqu'elles sont situées horizontalement (c'est-à-dire lorsqu'elles forment un angle droit avec le tuyau. La différence est minime, elle atteint 3 millim. 1/2 d'eau mais elle est constante au cours de ses expériences.

Les cordes vocales s'inclinent de plus l'une vers l'autre, lorsque nous considérons non seulement la surface, mais les languettes entières. Un moulage pris sous les cordes vocales nous révélerait la forme d'un toit.

Cette inclinaison facilite encore davantage la vibration de deux languettes élastiques ; de sorte qu'avec un angle d'inclinaison de 50° le manomètre accuse une différence de 30 millimètres de pression d'eau en faveur de cette inclinaison ; dans les expériences de Harless la pression aérienne était plus faible pour faire vibrer les deux languettes de caoutchouc inclinées l'une contre l'autre, que la quantité qu'il fallait pour faire vibrer les deux languettes complètement parallèles ; dans les deux cas, le son produit était la note *fa*.

Harless regarde cette inclinaison des cordes vocales, comme conforme au but du langage, car ainsi il est relativement plus facile de les faire vibrer.

Mais le diaphragme et la musculature abdominale peuvent relativement bien plus aisément produire la pression aérienne dans la cavité thoracique et dans la trachée, de façon à ne plus rendre nécessaire un arrangement spécial de cordes vocales.

Au contraire, la structure du larynx est conforme à son but au point de vue de la plus grande résistance à la pression aérienne dans la trachée. Le chanteur, pour produire des sons élevés, doit posséder une pression aérienne importante, et il ne peut atteindre les notes hautes, que lorsque ses cordes vocales tendues peuvent résister au son, car autrement le courant aérien s'échappe.



#### IV

### A PROPOS D'UNE NOTE SUR LES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF <sup>(1)</sup>

Par le Dr **D'AGUANNO** (de Palerme)

L'extraction des corps étrangers de l'oreille, quoique en général facile à l'aide de l'ancienne méthode de Galien, c'est-à-dire par des irrigations d'eau tiède, présente quelquefois des difficultés insurmontables, et nécessite des interventions sanglantes. Cependant, dans la plupart des cas, lorsque la membrane tympanique est intacte et que les phénomènes subjectifs, sont peu accentués, si l'on fait exception pour l'inflammation des parois du conduit par des manœuvres mal appropriées, les simples irrigations suffisent.

Si nous considérons, en effet, que le corps étranger, par le fait même de sa pénétration dans le conduit, devait présenter un diamètre moins large que celui de ce canal, il est facile de concevoir que la difficulté de son extirpation doit être attribuée à trois causes :

1° A la tuméfaction des parois du conduit, soit par de brutales manœuvres opératoires, soit par la compression même ou l'irritation que le corps étranger exerce sur les couches dermiques.

2° Au gonflement qu'il a subi, s'il appartient aux substances végétales (légumineuses).

3° A la position transversale qu'il occupe au fond du conduit.

(1) *V. Annales des maladies de l'oreille*, juin 1894, p. 566.

Or, dans le premier de ces cas, il faut, lorsque les irrigations tièdes ont échoué, pratiquer des lavages antiphlogistiques (sublimé au millième, etc.), ou des instillations de glycérine boriquée. L'usage d'une huile quelconque, conseillé par certains auteurs est contraire aux derniers résultats de la bactériologie qui a constaté la pullulation de microorganismes après son instillation.

Si la difficulté de l'extraction dépend exclusivement de la tuméfaction du corps étranger, il faut l'attaquer avec une pince de forme appropriée : le tissu de ce corps, par le fait même du gonflement, étant ramolli surtout à la surface, cède aisément aux mors de la pince, diminue de volume, et peut être à la fin emporté par de simples irrigations tièdes, sinon extrait avec la pince elle-même.

Si l'obstacle à l'extraction dépend d'une fausse position du corps étranger dans le conduit, il faut d'abord le redresser, et ensuite l'extraire par les méthodes ordinaires.

Les opérations sanglantes doivent être réservées aux cas les plus difficiles de pénétration dans la caisse ou dans l'apophyse mastoïde, ou bien lorsque se produisent des complications du côté des méninges ou de l'encéphale.

Je suis opposé en général à l'emploi du galvanocautère dans l'oreille à cause du rayonnement qu'il produit sur les parois du conduit ou sur la membrane tympanique, trop voisine de l'extrémité de l'axe : c'est pourquoi je n'adopterai pas la méthode de Voltolini pour l'extraction des corps étrangers végétaux, qui consiste à pratiquer un trou dans leur masse afin d'en réduire les dimensions. Les parois du conduit déjà enflammées ne peuvent qu'augmenter de volume, et resserrer de plus en plus le corps étranger. M. Ziem, qui dans la première de ses observations a essayé cette méthode, dit franchement que *malgré qu'il se soit servi d'un cautère très fin et rougissant très promptement, la cautérisation provoqua plus de douleurs qu'elle ne semble l'avoir fait dans les observations signalées par Voltolini.*

Quant à l'explication de la rotation et de l'issue spontanée de ces corps étrangers après la cautérisation, M. Ziem se base sur trois faits :

« 1° Les cautérisations amenant une atrophie du pois l'ont dégagé du conduit tuméfié qui le comprimait auparavant.

« 2° L'emploi de l'huile a produit un dégonflement de la peau du conduit avec dégagement ultérieur du corps étranger.

« 3° La musculature du conduit, et principalement celle du tragus et de l'antitragus, laissée en général dans l'ombre, a exercé une influence favorable. »

Or, les deux premiers faits s'éliminent presque réciproquement, car si l'on retire quelque avantage, de la réduction de volume et de la lubrification des parois du conduit par l'huile, l'irritation produite sur les parois par la chaleur rayonnante anéantit à peu près le premier résultat.

Quant au rôle de la musculature, le seul qui pourrait expliquer le déplacement en avant du corps étranger, nous ferons quelques remarques à ce propos. Nous n'avons pas, à vrai dire, jusqu'ici, entendu parler de muscles du conduit auditif chez l'homme, pas même à l'état rudimentaire, si l'on ne fait pas exception des muscles du pavillon (*attollens*, *attrahens*, *rétrahentes auriculæ*) qui chez certains individus ont la faculté d'imprimer quelques mouvements à la totalité de l'appendice auriculaire, ou des muscles propres de ses divers cartilages (petit et grand muscle de l'hélix, transverse et oblique) qui d'après Hyrtl n'ont offert aucun exemple d'altération volontaire dans leur forme. Du reste, il est évident que ces muscles ne pourraient avoir aucune action sur les parois du conduit. On ne pourra invoquer à l'appui le cas rapporté par l'auteur d'un garçon qui présentait un rétrécissement de l'orifice du conduit au moment de la fermeture des paupières par l'effet d'une rotation du tragus autour de l'axe frontal. Ce fait est exceptionnel et il ne pourrait du reste avoir aucune action sur le fond du conduit, tandis que l'issue spontanée d'un corps étranger ou son déplacement après le dégonflement du conduit est un fait très fréquent.

L'explication la plus naturelle, à mon avis, est de rapporter ce déplacement :

1° Aux mouvements instinctifs exécutés par les malades avec leurs mains, soit en introduisant l'extrémité de leurs pe-

tits doigts dans l'orifice de l'oreille affectée, soit en tirant la conque du pavillon en arrière pour essayer d'en élargir le conduit, comme nous faisons habituellement pour redresser le conduit avant de pratiquer l'examen otoscopique.

2° Aux mouvements de la mâchoire inférieure. Si l'on exécute en effet des mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le bout d'un doigt étant introduit dans l'oreille, il est très facile d'observer les mouvements énergiques exercés sur les parois antérieure et inférieure du conduit, et d'attirer au dehors le corps situé dans la partie plus profonde du conduit auditif externe. Telle est, à mon avis, l'explication la plus rationnelle et pouvant s'appliquer à tous les cas de déplacement de corps étranger inanimé situé dans le conduit, qui ne peut ressembler ni à la trachée ni aux parois des bronches pourvus de muscles propres et donnant passage à un courant d'air capable par lui-même de porter au dehors, dans un effort, un corps étranger maladroitement tombé dans leur cavité.

---

# V

## OTITE MOYENNE CHRONIQUE PURULENTE GAUCHE ABCÈS CÉRÉBELLEUX LATENT. MORT

Par le **Dr Th. HEIMAN** (de Varsovie).

Dans mon travail sur les abcès cérébraux d'origine otique (<sup>1</sup>) j'ai mentionné les difficultés que présente le diagnostic de ces abcès et j'ai dit qu'il n'est pas rare que la maladie puisse ne pas être reconnue même après l'ouverture de l'abcès dans la cavité crânienne ou dans un des ventricules. C'est l'opinion de tous les auteurs (Politzer, Schwartze, Moos, de Rossi, Gellé, etc.) qui ont eu l'occasion d'observer cette maladie ; au dernier Congrès international de médecine, M. Moure a rapporté deux nouveaux cas d'abcès cérébraux d'origine otique sans symptômes particuliers qui ont provoqué une mort subite, avec phénomènes apoplectiformes.

J'ai dit que la difficulté du diagnostic dépend des causes suivantes : les symptômes ne sont pas fixes, beaucoup se rencontrent dans d'autres affections cérébrales consécutives à des otites moyennes purulentes ou même dans cette dernière maladie sans aucune complication cérébrale ; enfin l'abcès peut se présenter sans symptômes caractéristiques. La période latente prémonitoire est souvent de longue durée.

Les abcès cérébraux pendant leur développement ou même dès leur début sont très souvent masqués par des symptômes d'autres affections cérébrales d'origine otique. Les abcès céré-

(<sup>1</sup>) Fünf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen. (Cinq cas d'abcès cérébraux avec une courte description des abcès cérébraux otiques en général). *Zeitschr. f. Ohrenheilkunde* Bd. XXIII, 1892.

braux non compliqués par ces dernières affections sont en général très rares. Me basant sur la littérature des abcès cérébraux otiques ainsi que sur les cas observés par moi-même, j'arrive à la conclusion que ce sont surtout les abcès du cervelet qui offrent les plus grandes difficultés de diagnostic, et qui malgré tous nos efforts échappent souvent à notre observation. Jusqu'à présent j'ai eu l'occasion d'observer six cas d'abcès cérébraux consécutifs à des otites moyennes purulentes. Sur ces six cas j'ai trouvé deux fois un abcès cérébelleux. L'un d'eux est décrit dans mon travail cité plus haut. Je vais maintenant rapporter l'autre, que je viens d'observer. Tous deux ont eu une marche latente et le diagnostic était impossible à poser pendant la vie. Les symptômes terminaux qui les ont accompagnés ont permis seulement de soupçonner un abcès cérébral sans pouvoir préciser son siège et on s'attendait peu à un abcès cérébelleux. Quoique mon dernier cas ne contienne rien de nouveau, de ce qui au point de vue du diagnostic pourrait contribuer à éclaircir cette grave complication, il me semble pourtant que vu l'importance de la question des complications mortelles des otites, question qui depuis plus de quinze ans occupe beaucoup de médecins auristes et de chirurgiens, cette observation mérite d'être publiée pour contribuer à la casuistique des abcès cérébelleux.

Le 28 mars se présente, dans le service otologique, le soldat SS. Âgé de 24 ans, atteint d'une suppuration de l'oreille gauche, datant de sa première enfance; cette suppuration s'arrête de temps en temps pour une plus ou moins longue durée, et reparaît sans cause appréciable. La suppuration est revenue pour la dernière fois il y a environ quatre semaines et persiste jusqu'à ce moment. Le malade est bien nourri, de forte complexion et se porte bien. La prédisposition héréditaire est exclue. Il n'existe aucun symptôme particulier du côté des oreilles, excepté la suppuration et la dureté de l'ouïe à gauche, ni du côté de la tête, ni du reste de l'organisme. Le malade n'a pas de fièvre, le pouls est à 76, toutes les fonctions sont normales. Dans le conduit auditif externe gauche on remarque une quantité moyenne de pus jaune inodore. Le conduit est rétréci; la membrane du tympan présente une petite perforation dans sa partie inférieure; la muqueuse de la caisse est rouge, gonflée, fait saillie par la perfo-

ration au-dessus de la membrane du tympan ; la membrane elle-même est épaisse et d'un gris sale, le manche du marteau et son apophyse externe sont oblitérés, la trompe d'Eustache est perméable. Sur l'apophyse mastoïde on remarque une ancienne cicatrice adhérente à l'os, qui présente un défaut à ce point.

L'ouïe est presque abolie de ce côté. L'oreille droite, excepté de petites plaques calcaires de la membrane du tympan, est entièrement saine, au point de vue anatomique et fonctionnel. Je cautérisai la muqueuse saillante deux fois par semaine avec du perchlorure de fer, et l'oreille fut nettoyée tous les jours au moyen d'une solution tiède d'acide borique à 4 %. Le résultat du traitement fut qu'au bout de quatre semaines la suppuration s'arrêta, la perforation du tympan se desséchant, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse de la caisse disparurent et l'état général du malade s'améliora à un tel point, que je songeai à le renvoyer de l'hôpital au bout de quelques jours (1). Le 30 avril à 9 heures du matin il ressentit tout à coup des douleurs très vives dans l'oreille gauche et dans toute la tête, avec une température de 39° et un pouls de 102. L'examen minutieux révéla une tuméfaction considérable du conduit auditif externe gauche, ce qui empêchait de voir ses parties plus profondes ; aucune suppuration. Les pupilles sont rétrécies, réagissent bien à la lumière. L'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait. Le malade a conservé sa connaissance. La démarche est normale ; pas de vertiges, de nausées ni de constipation. Songeant à une rétention de pus, quoique la suppuration n'existât plus depuis quelques jours, qui aurait provoqué les symptômes cérébraux, lesquels étaient probablement le début d'une méningite, j'incisai à l'instant même en quatre endroits les parois du conduit auditif externe et j'y introduisis un drain. Je fis appliquer trois sangsues à chaque apophyse mastoïde, raser les cheveux, appliquer de la teinture d'iode et apposer une vessie remplie de glace. Comme traitement interne le malade prit une infusion de séné composée, à la dose d'une cuillerée toutes les heures ; à 4 heures de l'après-midi le malade vomit plusieurs fois des masses bilieuses. A 8 heures du soir le mal de tête augmente. On ne pouvait pas constater de points douloureux sur la tête ou dans la région des apophyses mastoïdes ni de douleur fixe sur quelque point de la tête ; en général l'état du malade restait le même que le

(1) La dureté unilatérale de l'ouïe, quoiqu'il existe une petite perforation du tympan, n'exempte pas selon la loi russe du service militaire.

matin. La température était 38° 3, le pouls 100. A quatre heures du matin, le 1<sup>er</sup> mai, le malade succomba se plaignant, presque jusqu'au dernier moment du mal de tête, et pendant les deux dernières heures de sa vie il remua sans cesse l'extrémité supérieure droite (au dire de la sœur de charité).

L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort du malade. La dure-mère et les autres méninges de la convexité du cerveau sont normales. En retirant le cerveau de la cavité crânienne, on remarque une adhérence du cervelet du côté gauche à la paroi supérieure du rocher de l'os temporal, et il y fallut laisser un morceau de la substance grise du cervelet. A la face inférieure du lobe moyen du cervelet (processus vermiculaire) existe une petite ouverture qui conduit dans l'intérieur de ce lobule et de là à l'hémisphère gauche du cervelet; par l'ouverture s'écoule un liquide verdâtre, fétide, qui contient de petits fragments de fibrine. A la section transversale du cervelet, on remarque dans son lobe gauche et dans le processus vermiculaire un abcès de la dimension d'un œuf de pigeon, l'abcès occupe tout le processus vermiculaire et la moitié voisine du lobe gauche; il est entouré d'une mince capsule fibreuse; la substance voisine du cervelet est œdémateuse et contient une assez grande quantité de points rouges. Dans la cavité de l'abcès et sur la base du crâne, on trouve le même liquide verdâtre, fétide dont j'ai parlé plus haut. Ce liquide s'étend dans la partie supérieure du canal de la moelle épinière. La substance des deux hémisphères cérébraux est œdémateuse, les ventricules latéraux et le quatrième contiennent une assez grande quantité d'un liquide séreux. Comme je l'ai dit, la dure-mère était normale, excepté à l'endroit où le cervelet était adhérent au rocher; ici elle était plus épaisse, perforée au centre et adhérait d'un côté à l'os et de l'autre au cervelet. La surface supérieure du rocher qui correspond directement au cervelet par le trou de la dure-mère et qui répond au segment de la caisse est ramollie, grisâtre; en frappant légèrement cet endroit avec un stylet, ce dernier pénètre dans la caisse et en même temps se détachent des fragments assez importants de l'os ramolli. Toute la caisse tympanique et le labyrinthe forment une masse caséeuse; de la structure anatomo-



mique de ces parties il ne restait qu'une petite partie de la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne. Dans la paroi acoustique interne et sur la surface du nerf acoustique on remarque du pus jaunâtre, le nerf même est infiltré de pus. L'apophyse mastoïde est sclérosée, les sinus contiennent du sang liquide, noir. L'oreille droite est saine.

Dans les autres organes il n'y a rien d'intéressant pour notre sujet. Pendant la vie et jusqu'au moment où les symptômes d'irritation ou d'inflammation de la boîte crânienne sont apparus, j'ai fait le diagnostic d'otite moyenne purulente chronique gauche ; quand le malade était atteint de symptômes du côté des méninges, de méningite aiguë, mais après la mort qui survint si rapidement et l'on peut dire presque subitement, je ne doutais plus qu'il y ait eu rupture d'un abcès cérébral dans la boîte crânienne. Je n'avais pas soupçonné la gravité de cette affection avant la catastrophe terminale et je n'espérais guère trouver à l'autopsie une importante destruction de l'oreille et un abcès cérébelleux.

Il faut admettre que la propagation du processus morbide de l'oreille au cervelet a eu lieu dans notre cas de deux manières, d'un côté par le nerf acoustique, qui, comme on le sait, sort du fond de la cavité rhomboïdienne pour suivre entre le flocculus et le pédoncule cérébelleux ; d'autre part, la maladie se propagea directement de la caisse tympanique au cervelet, occasionnant auparavant une inflammation adhérente de la dure-mère entre l'os carié et le cervelet et une perforation de la dure-mère. En partant de ce point de vue il faut admettre que les abcès du lobe cérébelleux et du processus vermiculaire se sont développés séparément pour se réunir ensuite. Mais on ne peut pas exclure absolument la propagation par la dernière manière, c'est-à-dire du processus morbide de la cause qui a provoqué une pachyméningite circonscrite, périencéphalite cérébelleuse et un abcès du cervelet, celui-ci s'augmentant jusqu'à atteindre l'intérieur du processus vermiculaire. L'abcès représente une forme non compliquée par d'autres affections de la cavité crânienne, particulièrement par la leptoméningite, par l'inflammation des sinus ou par la thrombose. La cause directe de la mort était la rupture de l'abcès dans la cavité crânienne.

## VI

### NOTE SUR LES CORPS ÉTRANGERS DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr A. COMBE.

Sous ce titre « *Corps étrangers du sinus maxillaire. Tube de drainage en étain ayant séjourné quatre ans et un mois dans la cavité de l'antre d'Higmore. Élimination spontanée par les fosses nasales* », j'ai fait en mai 1894, une communication à la Société française de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, qui me paraissait intéressante : 1° par la rareté du cas pathologique, (n'ayant pas retrouvé dans la science de cas analogue) ; 2° par les conclusions qu'elle permet de formuler au sujet de la tolérance de la muqueuse du sinus, et de la curabilité du catarrhe de cette cavité.

A ce sujet, notre très savant confrère, le Dr C. Ziem (de Dantzig), répond que c'est à tort que j'ai déclaré n'avoir pas découvert, dans la littérature médicale, d'observations de corps étrangers du sinus, qu'il en existe plusieurs cas et il rapporte deux observations intéressantes qui lui sont personnelles et qu'il a publiées il y a trois ans. Il décrit le procédé par lequel il a pu retirer des fragments de canule restés dans la paroi sinusienne.

Le Dr Ziem nous rappelle, en outre, des observations signalées dans les *Traité*s de chirurgie et d'anatomie de Dupuytren, de Pirogoff, d'Albert, de König, de Hyrtl et d'autres.

Nous connaissons ces indications bibliographiques, M. Moure a publié aussi un cas, moi-même j'ai plusieurs observations personnelles de corps étrangers du sinus (notamment celle d'un bouchon de liège qui a pénétré dans le sinus, dont il obturait l'ouverture alvéolaire), mais tous ces cas, (sauf celui de Raugé) n'ont rien d'analogue avec ma communication qui porte principalement sur le séjour d'un tube dans le sinus pendant quatre ans, sur son enkystement dans la paroi, son cheminement et son élimination spontanée par les fosses nasales.

Cette rectification, toutefois, me permet de constater une fois de plus tous les progrès qu'ont fait faire dans la question des sinusites les travaux remarquables du Dr Ziem à qui je suis heureux de rendre cet hommage.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

1<sup>re</sup> SESSION DE L'ASSOCIATION DES LARYNGOLOGISTES  
DE L'ALLEMAGNE DU SUD*Tenue à Heidelberg, le 14 mai 1894 (1).*

Sur l'invitation du Prof. JURASZ, faite dans les dernières semaines d'avril, aux spécialistes de l'Allemagne du Sud, de nombreux médecins se trouvèrent réunis le lundi de la Pentecôte dans la clinique du Prof. JURASZ. Après une adresse de bienvenue aux invités, on décida à l'unanimité la formation d'une Association de laryngologistes de l'Allemagne du Sud. On réunit 49 adhésions. Après une courte discussion, les statuts projetés furent adoptés avec de légères modifications. Furent élus : *Président* : Prof. MORITZ SCHMIDT (Francfort) ; *vice-président* : Prof. JURASZ (Heidelberg) ; *secrétaires* : D<sup>rs</sup> SEIFERT (Wurzburg) et WERNER (Heidelberg) ; *trésorier* : D<sup>r</sup> NEUGASS (Mannheim).

*Président* : MORITZ SCHMIDT

1<sup>o</sup> SEIFERT (Wurzburg). — Sur la rhinite aiguë (Anatomie pathologique et démonstrations.) — L'auteur parle du peu de recherches connues sur les modifications histologiques dans la rhinite aiguë, et fournit le résultat des expériences qu'il a pratiquées sur des pièces fraîchement enlevées sur le vivant.

L'épithélium ne présentait que de légères modifications. Les cils manquaient, ainsi qu'à certains endroits les couches superficielles. On n'observe pas de dégénérescence muqueuse de l'épithélium. On remarque la forte infiltration cellulaire des

(1) D'après le compte-rendu de H. WERNER dans l'*Internationales Centralblatt f. Lar. u. Rhin.* Septembre 1894.

couches sous-muqueuses et le riche parcours de leucocytes à travers l'épithélium dont les cellules inférieures sont complètement recouvertes par places par les leucocytes. Sa couche glandulaire ne présente pas d'autre modification profonde qu'une infiltration cellulaire.

Au moyen de colorations par le triacide d'Ehrlich, on a vu qu'une partie des leucocytes renfermés dans le tissu sous-épithélial et dans l'épithélium appartenaient aux cellules éosinophiles; et que quelques cellules présentaient des processus dégénératifs particuliers.

S. n'est pas fixé d'une manière certaine sur la valeur des cellules éosinophiles malgré de longues recherches. On les trouve dans les affections inflammatoires aiguës et chroniques les plus diverses des muqueuses.

L'auteur a entrepris une série d'expériences sur ces processus dégénératifs. Il s'agissait de corpuscules à fuchsine dits de Bus-sel, petites boules rouges brillantes, semblables à celles que Touton a rencontrées dans la tuberculose cutanée. Il ne s'agit pas selon S. des formes particulières des cellules du cancer ou du sarcome, qui ne doivent pas non plus être considérées comme des protozoaires, mais ce sont des processus dégénératifs du tissu cicatriciel, comme l'on en rencontre dans tous les genres possibles.

A une question d'Eulenstein demandant si l'auteur a fait de nouvelles recherches sur la rhinite fibrineuse, ce dernier répond négativement.

2<sup>o</sup> PRÖBSTING (Wiesbaden). — Sur le développement des polypes muqueux du nez à la suite de suppurations des cavités annexes. — P. cite les diverses opinions ayant cours sur la relation des polypes muqueux avec les affections des cavités annexes. Il croit que le plus souvent la formation du polype est secondaire; les polypes récidivants surtout, quelquefois de l'hiatus semilunaire, sont pathognomoniques des suppurations des cavités annexes. A l'appui de son dire, l'auteur rapporte un cas d'empyème traumatique du sinus frontal avec formation polypeuse secondaire qui corrobore son opinion par l'exactitude de la réussite de l'expérience. Une institutrice s'était blessée à la racine du nez, ce qui occasionna de violentes épistaxis et de l'obstruction; au bout de six mois elle consulta pour une céphalalgie frontale, mais on ne trouva pas de polypes; six mois plus tard, P. constata l'existence de polypes muqueux dans la fosse nasale droite. Après plusieurs récidives, on diagnostiqua un em-

pyème des sinus frontal et ethmoïdal. Ouverture externe. On trouva un empyème des cellules ethmoïdales antérieures qui fut traité chirurgicalement ; depuis lors les polypes n'ont pas récidivé.

3° M. BRÄSGEN (Francfort-s-M.). — Sur les suppurations du nez et de ses annexes. — L'auteur renvoie à son travail sur ce sujet paru récemment dans la *Münchener med. Wochenschrift*, car il ne peut effleurer ici que les points principaux.

Les suppurations nasales, d'après B., proviennent presque toujours d'affections localisées. La suppuration est presque toujours provoquée soit par une infection externe, soit congénitalement ou par la saleté des doigts, des mouchoirs, etc., ou soit par une infection du sang au cours de la rougeole, la scarlatine, l'influenza, la rhinite, etc. Le symptôme principal semble être le mal de tête qui est un symptôme de compression. Pour le diagnostic de l'affection locale, l'examen avec la sonde enveloppée d'ouate est d'un grand secours ; l'éclairage des cavités nasales et la position de la tête n'ont qu'une valeur relative. En dehors des cavités annexes et des méats du nez, on peut aussi observer des affections localisées à la fente en forme de toit du cornet moyen. B. a rarement observé des affections osseuses au cours des suppurations. Comme traitement il recommande la mise à nu du foyer purulent. Après l'ouverture des annexes ou des endroits malades, B. applique du violet hexaéthyle sur une sonde légèrement chauffée, ce qui tarit rapidement l'écoulement. La sonde doit rester en place jusqu'au moment où le liquide colorant s'en détache. On ne doit répéter le pansement qu'au bout de 3 à 6 jours. Les irrigations nasales peuvent être presque toujours évitées. L'auteur a obtenu de beaux succès par ce mode de traitement.

4° BETZ (Mayence). — Corps étranger de la cavité sphénoïdale, — Chez un officier en traitement pour une rhinite fétide, on diagnostique un empyème de l'antre sphénoïdal gauche. Après l'ouverture de la cavité on découvre un brin de paille de 2 centim. de long. Extraction. Guérison. Peu à peu la paille avait pénétré jusque dans le sinus sphénoïdal, car le malade se souvient qu'au cours d'une chevauchée il éternua violemment.

5° BAUER (Nuremberg). — Empyème traumatique de l'antre d'Highmore chez un enfant de 3 ans. — Au bout de quelques jours, gonflement de la région droite de l'antre d'Highmore ; écoulement sanguin purulent de la narine droite, puis fluctuation sur la fosse canine. Ouverture de la cavité par le conduit inférieur, tamponnement. Cessation des symptômes inflammatoires. Guérison.

EULENSTEIN (Wiesbaden) n'est pas partisan de la ponction exploratrice avec le trocart de Krause en raison de sa grosseur et recommande la petite seringue à ponction.

FIESCHENICH (Wiesbaden) met en doute la valeur affirmative du cas de Pröbsting. L'empyème pouvait être de nature secondaire. Il ne veut pas nier que toutefois dans beaucoup de cas, l'empyème des cellules ethmoïdales puisse être primitif et les polypes secondaires.

KAHSNITZ (Carlsruhe) n'admet pas qu'il se produise toujours une suppuration des annexes dans les cas de polypes récidivés. Ce serait possible, si les polypes avaient toujours leur siège à leur embouchure. Alors il faudrait pratiquer le sondage et peut-être aussi le lavage. K. présente les seringues de platine qu'il emploie. Les polypes récidivent aussi dans les cas de carie sans suppuration.

AVELLIS (Francfort) ne croit pas que les polypes puissent provoquer une suppuration des annexes. L'occlusion de l'orifice comme l'obstruction des trompes ne produit qu'un rétrécissement des parois, mais jamais un empyème. La gonorrhée, au contraire, nous enseigne que la suppuration est primitive et que les condylomes aigus ne se manifestent que secondairement.

BRESGEN (Francfort) pense que les polypes récidiveraient plus rarement s'ils étaient opérés à temps. Les granulations apparaissent plus souvent que les polypes dans les affections osseuses. Cette question devra encore être éclaircie par des observations exactes, les cas anciens qui n'ont pas été examinés suivant la méthode exposée ci-dessus ne peuvent être utilisés.

PRÖBSTING réplique que dans ses cas il y avait une connexion certaine entre le traumatisme, l'empyème et la formation des polypes.

6° JURASZ (Heidelberg). — **Xérostomie.** — L'auteur présente un cas de xérostomie et rapporte une autre observation de la même maladie qu'il a également observée à la consultation externe. Chez les deux malades on remarque une affection particulière et très prononcée des parotides qui sont durcies et semblent atteintes d'inflammation chronique (cirrhose).

7° M. SCHMIDT (Francfort). — **Traitement des scolioses et des déformations de la cloison nasale.** — L'auteur montre les instruments qu'il emploie depuis quelque temps pour enlever les scolioses et les déformations de la cloison nasale (v. SPIESS, *Archiv. f. Laryngol.* Hft. III). Ce sont des trépan semblables à ceux dont on se sert pour le crâne, et des scies mues par un

moteur électrique. Ce dernier doit faire de rapides mouvements de rotation, afin d'amoindrir la douleur du malade. Celui que S. a employé faisait 3,600 rotations. L'appareil complet coûte 120 marcks chez Braunschweig, à Francfort. Démonstration de l'opération sur un malade de la clinique d'Heidelberg. Après une vigoureuse cocaïnisation, S. introduit un spéculum à branches inégales pour préserver le cornet inférieur. Ensuite il introduit dans la déviation un ou deux perforateurs, il enlève les bandes intermédiaires au moyen d'une lime arrondie ou d'une scie ; il ne redoute pas les perforations. Le malade assure avoir peu senti l'opération, à la suite de laquelle on insuffle du dermatol ou de l'iodoforme sur la plaie.

BRESGEN croit enlever aussi bien les scoliozes avec son ciseau nasal. Il ne considère pas les perforations comme inoffensives, car elles provoquent parfois des épistaxis et des croûtes.

FISCHENICH (Wiesbaden) évite, à cause des épistaxis, le ciseau, et recommande l'électrolyse de Schmidt dont il a obtenu de bons résultats. Dans un cas opéré par Schmidt il a vu une épistaxis tardive qui n'a cessé que par un tamponnement du nez tout entier.

SCHMIDT a rarement observé des épistaxis secondaires, mais éventuellement il faut tamponner avec de la gaze.

8° ROSENFELD (Stuttgart). — **Opérations nasales chez les hémophiles.** — L'auteur rapporte une opération qu'il a pratiquée sur un hémophile et les inconvénients auxquels elle a donné naissance. Il s'agissait d'une malade atteinte d'un polype muqueux du nez que l'on enleva au moyen de l'anse galvanique. Au début il y eut une légère hémorrhagie qui ne céda pas au tamponnement. Alors on remplit toute la cavité nasale d'ouate et de gaze iodoformée. Hémorrhagie persistante qui ne cessa pas malgré le tamponnement postérieur avec la sonde de Bellou. Seulement, au bout de plusieurs heures, quand apparurent des signes d'anémie aiguë, R. put se rendre maître de l'hémorrhagie, en même temps qu'il brûlait au galvano-cautère les moignons des polypes. On sut que la malade appartenait à une famille d'hémophiles ; la grand'mère était morte d'hémorrhagie, la mère à chaque occasion avait de violentes hémorrhagies, et la malade elle-même souffrait de menstruations profuses.

Depuis lors, Rosenfeld regarde l'hémophilie comme une contre-indication aux opérations nasales et laryngées. Il est à remarquer que dans ce cas tous les moyens ont été employés jusqu'au galvano-cautère rougi.



EULENSTEIN cite un cas d'hémorrhagie qu'il observa à la suite de l'extraction d'un angiome nasal fibreux.

KOLLMANN (Badenweiler) recommande dans les cas d'hémorrhagies du septum cartilagineux et de la partie postérieure du cornet inférieur la compression externe qu'il exerce au moyen d'un crochet de plume.

FISCHENICH a vu d'énormes hémorrhagies dans la cirrhose du foie.

WEIL (Stuttgart), a observé des hémorrhagies semblables ; il a aussi perdu un hémophile à la suite d'une plus petite opération.

ROSENFELD différencie ces hémorrhagies par stase de celles des hémophiles qui sont plus graves et qu'il ne souhaite pas à ses collègues.

9° SIEBENMANN (Bâle). — **Démonstration de préparations anatomiques normales.** — L'auteur présente une série de coupes du pharynx, du nez et du larynx préparées suivant la méthode de Semper-Riehm. Ces pièces sèches ont l'avantage d'être plus faciles à montrer et plus propres que celles préparées à l'esprit de vin. S. montre ensuite deux moules métallisés des cavités nasales et de leurs annexes, pour lesquels il a employé le métal de Wood. Ces préparations donnent parfaitement l'image du système pneumatique compliqué du nez et de la situation et de la relation des diverses cavités.

10° HELBIG (Nuremberg). — **Traitement de la pharyngite phlegmoneuse.** — L'auteur recommande la méthode de traitement de la pharyngite phlegmoneuse par l'huile de croton qu'il a déjà préconisée. Toutefois ce procédé ne réussit que lorsqu'on l'applique dès la première douleur ; dès le second jour on n'a plus rien à en attendre. L'huile doit être fraîche, d'un jaune clair, afin d'éviter l'eczéma.

SEIFERT et SCHMIDT n'ont obtenu aucun résultat de l'huile de croton.

FABER n'en a pas eu non plus, mais il a obtenu des succès avec d'énergiques badigeonnages externes de teinture d'iode.

BAUER est partisan de combattre la récidive par l'occlusion des portes d'entrée de l'infection.

KAHSNITZ est d'avis qu'on doit traiter localement par l'antisepsie l'amygdalite phlegmoneuse. Il montre les seringues de platine qu'il emploie.

BRESGEN est de l'avis de Bauer, et ajoute que de fréquentes récidives sont attribuables aux suppurations nasales et nasopharyngées.

SACKI a obtenu une action prompte dans un cas avec l'huile de croton.

11° HELBING (Nuremberg), recommande ensuite un appareil construit par la maison Schuckert (de Nuremberg), pour centraliser les courants électriques. Le principal avantage de l'appareil consiste en ce que l'on peut consécutivement et séparément électriser, éclairer et faire de la galvano-caustie. On peut aussi employer ce moteur pour les tréphines, les scies et les ciseaux. H. montre la photographie de l'appareil.

12° BAUER (Nuremberg). — Un cas de tuberculose œsophagienne avec présentation de la pièce et des coupes microscopiques. — Il s'agissait d'un homme de 38 ans atteint de phtisie pulmonaire avancée, ayant eu des hémoptysies répétées. Il souffrait aussi de troubles de la déglutition. Examinés au miroir, les organes du cou semblaient sains. En sondant l'œsophage, on sentait à 22 cent. des dents, un obstacle que la sonde ne franchissait pas et qui ne pouvait être dépassé par l'instrument qu'après cocaïnisation. On diagnostiqua une sténose œsophagienne à la hauteur du cartilage cricoïde. Quoique l'on fut près de penser que l'affection était de nature tuberculeuse, vu la rareté du fait on crut plutôt à un cancer ; il n'existait pas de syphilis. Le malade succomba au bout de quelques semaines. L'autopsie confirma l'exactitude du diagnostic au point de vue du siège de l'ulcération ; macroscopiquement elle donnait l'impression d'un cancer. Au microscope elle semblait tuberculeuse ; on trouva de nombreux tubercules et une assez grande quantité de bacilles. Au point de vue de l'étiologie on doit croire que l'infection s'est propagée par de la salive avalée.

13° PRÖBSTING (Wiesbaden). — Présentation d'une préparation de sarcome laryngien. — L'auteur montre une coupe obtenue par l'extirpation partielle du larynx de sarcome provenant du ventricule de Morgagni gauche, ainsi que les préparations microscopiques. La pièce provenait d'une malade âgée de 52 ans, la tumeur s'était développée lentement en 3 ou 4 ans. Un essai d'extraction intra-laryngé démontra qu'il s'agissait, non d'un cancer, mais d'un sarcome à cellules rondes. Résection du larynx (D<sup>r</sup> Kramer). La plaie est lisse jusqu'à présent.

P. signale la grande rareté des sarcomes primitifs du larynx et la particularité de cette tumeur qui n'était pas très dure ni riche de sang.

14° KAHSNITZ (Carlsruhe). — Présentation d'instruments.

En raison du manque de temps le nombre des communications a du être réduit.

Heidelberg a été de nouveau désigné à l'unanimité comme siège de la prochaine réunion qui se tiendra le mardi de la Pentecôte afin d'en faciliter l'accès aux otologistes.

Après la clôture de la séance à deux heures, commença la partie de plaisir de la réunion, pour laquelle Heidelberg et ses admirables environs sont comme créés à souhait. On se sépara le soir, tard, en augurant au mieux de la jeune société et en souhaitant de voir l'an prochain à Heidelberg beaucoup de confrères se joindre aux laryngologistes de l'Allemagne du Sud.

---

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte-rendu par le D<sup>r</sup> EDM. MEYER

*Séance du 27 avril 1894.*

1<sup>o</sup> SCHADEWALDT présente un malade qui a été guéri de deux **ulcérations tuberculeuses du larynx** par des frictions de créoline (voir séance de février). Une nouvelle ulcération qui était apparue sur la corde vocale supérieure droite a guéri par une friction avec 200 gr. de créoline.

A. ROSENBERG ne regarde pas l'ulcération comme guérie, car elle présente encore des granulations et pas trace de cicatrice.

LUBLINSKI ne croit pas à la guérison consécutive aux frictions de créoline, car les ulcérations lenticulaires des cordes vocales supérieures guérissent même sans traitement.

2<sup>o</sup> LUBLINSKI montre un **papillôme de l'arc pharyngo-palatin** provenant d'un jeune homme et un autre papillôme de la surface postérieure de la base de la luette.

3<sup>o</sup> ALEXANDER présente une malade atteinte d'otite moyenne à la suite d'aspirations d'eau salée dans le nez.

4<sup>o</sup> ROSENBERG présente une malade atteinte d'ozène, chez laquelle l'ouverture du sinus sphénoïdal est visible par la rhinoscopie antérieure.

HERZFELD n'est pas persuadé qu'il s'agisse véritablement de l'ouverture du sinus sphénoïdal.

5° LANDGRAF montre une préparation microscopique de pachydermie verruqueuse de la paroi laryngée postérieure qui, au laryngoscope, avait l'aspect d'un épaissement rouge circonscrit.

6° KATZENSTEIN fait une nouvelle communication sur l'innervation du muscle crico-thyroïdien. (La communication est insérée dans les *Virchow's Archiv*, Bd. 136, 1).

Séance du 8 juin 1894.

LANDGRAF annonce à la Société la formation d'une *Société de laryngologie de l'Allemagne du Sud*.

1° FLATAU présente :

a. — Une jeune fille, qui sous l'aspect d'une rhinite atrophique fétide, était atteinte d'un empyème et de carie du sinus sphénoïdal et d'affection des cellules ethmoïdales. Traitement. Guérison.

b. — Une femme de 60 ans, soignée depuis 14 ans pour des polypes. Depuis trois ans, à la suite de l'influenza, sont apparus des maux de tête et des vertiges. L'examen, pratiqué il y a quatre mois, révéla un empyème du sinus sphénoïdal gauche et une affection ethmoïdale bilatérale. Depuis l'ablation du cornet moyen, les symptômes se sont amendés.

c. — Une pince de Grünvald modifiée pour la résection de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

2° HERZFELD présente un petit garçon de cinq ans atteint de xanthômes multiples de la peau, du pharynx et de la langue.

3° ROSENBERG montre :

a. — Un pulvérisateur pour les substances huileuses.

b. — Un jeune homme de 26 ans porteur d'une membrane sous-glottique, probablement congénitale, située entre les cordes vocales à la partie antérieure.

c. — La reproduction du larynx d'un enfant de 12 ans ayant une double membrane congénitale, l'une s'étendant entre l'épiglotte et le repli ary-épiglottique, obstruant la moitié de l'entrée du larynx, et l'autre s'étendant beaucoup plus en arrière entre les cordes vocales.

SCHNEIMANN dit que le malade atteint de sarcome naso-pharyngien présenté à la séance du mois de février est mort; l'autopsie a confirmé le diagnostic.

FLATAU rappelle que le malade porteur d'un épithélioma de la muqueuse nasale présenté à la même séance est revenu, atteint d'une récidive inopérable.

4° DEMME présente un enfant atteint d'une affection du palais, de la langue et des lèvres, qu'il regarde comme du pemphigus aigu.

SCHETZ et LANDGRAF repoussent le diagnostic de pemphigus, S. croit à des aphtes ou à de l'herpès. Le pemphigus présente de grosses bulles, l'épithélium se détache par grands lambeaux, puis survient une hémorrhagie de la muqueuse.

5° UNSHELM présente de la part d'Heymann :

- a. — Un malade atteint de papillôme de la pointe de la lnette.
- b. — Un cas de fracture du larynx à la suite d'une chute sur le timon d'une voiture (des indications plus précises seront fournies ultérieurement).

6° HERZFELD montre une préparation d'un sphénoïde dont le corps ne présente aucune cavité.

7° Discussion du mémoire de HERZFELD sur l'empyème du sinus sphénoïdal.

FLATAU, en deux ans, a vu 26 cas d'affections du sinus sphénoïdal ; il n'a observé que dans deux cas la relation avec l'ozène. Il a vu rarement des polypes au cours d'affections sphénoïdales il en a vu plus souvent quand il existait simultanément une affection des cellules ethmoïdales. On observe rarement des fistules consécutives à l'empyème du sinus sphénoïdal, mais, toutefois, il peut survenir brusquement une méningite ou une thrombose des sinus. Dans un cas, deux jours après l'opération de l'empyème du sinus sphénoïdal, la mort survint à la suite de symptômes méningitiques. F. pense que la méningite latente s'est manifestée après l'intervention. Une complication fréquente est une affection des autres sinus, surtout des cellules ethmoïdales postérieures. L'étiologie est obscure dans nombre de cas, dans d'autres, l'empyème se développe à la suite de maladies infectieuses aiguës, telles que la fièvre typhoïde, l'influenza, l'érysipèle, la scarlatine.

ROSENBERG. Dans la plupart des cas, l'étiologie demeure obscure ; dans quelques cas, il semblait que l'ozène en fut la cause, et cependant on put démontrer la relation avec la syphilis ou la scrofule <sup>(1)</sup> L'âge des malades varie entre 19 et 35 ans. La pa-

(1) Les polypes sont assez rares ; lorsqu'ils sont secondaires aux sinusites, ils sont le plus souvent très petits.

roi antérieure du sinus sphénoïdal se trouve éloignée d'environ 6 1/2 à 7 centimètres de l'épine nasale antérieure, en moyenne, 6, 8 centimètres; la paroi postérieure de 7 à 10 centimètres, en moyenne, 8 centimètres et demi. Les cavités bilatérales peuvent différer notablement, la cloison peut être déviée au point que, par la narine droite, on pénètre dans le sinus sphénoïdal gauche. Le malade ressent des brûlures dans le nez et des douleurs au dos du nez, au-dessus de l'œil, dans la région temporale, des élancements ou de la pesanteur dans la tête, etc. R. n'a observé qu'une seule fois le gonflement de la cloison dans le haut de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal constaté par Herzfeld. Dans un cas caractérisé par une violente céphalalgie on ne voyait pas de pus. L'ablation du cornet moyen hypertrophié amena la disparition immédiate de la céphalée et donna issue à une certaine quantité de pus.

SCHWABACH partage l'opinion de Rosenberg au point de vue de l'étiologie; dans nombre de cas elle demeure inconnue. S. rapporte l'observation d'un malade de 18 ans, qui vint à l'hôpital atteint de troubles septico-pyémiqes. 8 jours auparavant il avait eu une pneumonie et une otite moyenne suppurée. L'examen révéla une infiltration du lobe inférieur gauche du poumon, une otite moyenne gauche avec perforation de la membrane tympanique et une otite moyenne droite au début. A l'autopsie on vit une broncho-pneumonie par aspiration, une thrombose de l'artère poplitée du côté gauche, du pus dans la caisse, dans l'antre mastoïdien, dans l'antre d'Highmore et dans le sinus sphénoïdal. Dans le pus, on trouva des cultures pures de streptocoques. S. considère l'otite comme la cause première de tous les accidents, car, à son avis, une otite moyenne, même sans thrombose des sinus, peut provoquer une pyémie septique. Chez un second malade qui fut apporté dans le coma à l'hôpital et mourut au bout de deux heures, l'autopsie révéla une méningite purulente et un empyème de tous les sinus à l'exception des sinus frontaux. Pas de carie. S. regarde l'affection des sinus comme primitive.

SCHNEIMANN confirme la grande difficulté du diagnostic. La symptomatologie n'est pas encore éclaircie; il faut que l'on voie le pus s'écouler de la cavité. La plupart du temps l'étiologie demeure très obscure.

SCHÆTZ corrobore l'opinion de Scheinmann.

HERZFELD dit que, au début, Michel avait songé aux affections des sinus dans l'ozène. Par le traitement des sinus dans l'ozène,

H. n'a pas observé de guérison de cette dernière maladie, mais une notable amélioration. Dans cinq cas sur six, H. a observé les tuméfactions du septum qu'il a décrites.

*Séance du 6 juillet 1894.*

1° TREITEL présente un cas de **lupus primitif du voile du palais** : le malade avait eu, 3 ans auparavant, des ganglions du cou et il y a 2 ans on lui avait extirpé des végétations adénoïdes. En l'espace d'une année l'affection s'est propagée au palais, à la luette, au faux pilier gauche et à l'amygdale gauche.

FRANKEL qui considérait plutôt ce cas comme de la tuberculose, aucune nodosité n'étant visible, dit à Treitel qu'il a vu des nodules.

2° FLATAU communique une observation concernant un malade chez lequel des tentatives réitérées d'occlusion d'une **perforation du voile du palais** d'origine syphilitique n'ont amené aucun résultat. Il n'y a pas eu de troubles à la suite de la perforation.

FRANKEL fait remarquer que les perforations situées à la partie inférieure du bourrelet formé par le constricteur du pharynx et l'élévateur du voile, ne donnent lieu à aucun symptôme, même lorsqu'elles sont étendues, tandis que de petites pertes de substance situées au dessus de ce niveau donnent lieu à des troubles notables. On ne peut préciser le moment où la staphylorrhaphie amène la guérison.

TREITEL rapporte un cas de perforation analogue qui, à la suite d'une cure à Aix-la-Chapelle, put être guéri par suture.

3° DEMME présente un enfant porteur de larges ulcérations en avant et en arrière de l'oreille, et à l'angle de l'œil. La narine gauche est remplie de sécrétions et de granulations saignantes. Sur le voile du palais existe, depuis 3 semaines, une ulcération en forme de cratère qui croît rapidement. D. considère l'ulcération comme du lupus. On ne trouva pas de bacilles tuberculeux.

HERZFELD observa la formation de l'ulcération du voile du palais il y a environ 3 semaines. Il se forma sans douleur sur la voûte palatine une tuméfaction qui disparut en 2 ou 3 jours. H. considère le cas comme caractéristique de la syphilis.

FRANKEL considère la nécrose du maxillaire supérieur survenue dans ce cas comme syphilitique.

DEME regarde les granulations de la cloison comme du lupus.

4° SCHEINMANN montre un trépan pour le maxillaire supérieur.

FLATAU préfère le ciseau et le marteau pour l'ouverture de l'antre d'Highmore.

HERZFELD est partisan du perforateur des dentistes. Pour l'ouverture par la fosse canine, il se sert aussi de préférence du ciseau et du marteau.

5° HEYMANN présente la préparation d'un cas qu'il a montré l'an dernier et chez lequel on ne put diagnostiquer avec certitude le lupus ou la syphilis. Le malade succomba à une méningite tuberculeuse. L'autopsie montra dans le poumon des cicatrices pouvant faire soupçonner la syphilis, une tuberculose de la langue et une syphilis laryngée.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

#### Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne, par J. ESCAT. (Thèse de doctorat, Paris, 1894).

De cette étude pleine de documents intéressants sur l'embryologie et l'anatomie de la cavité aux divers âges, nous signalerons seulement ici ce qui peut servir au praticien, au spécialiste.

Le développement du naso-pharynx est sensiblement parallèle à celui des divers segments de l'arbre respiratoire ; sa conformation peut se déduire approximativement de celle du crâne.

Chez le jeune enfant, cavité aplatie verticalement, allongée antéro-postérieurement, d'où facile oblitération des choanes, et grande accessibilité au toucher digital.

Sur la surface sphéno-basilaire, la fossette naviculaire, correspondant au recessus pharyngien, peut former chez le nègre un véritable recessus osseux.

L'auteur étudie avec soins les modifications de l'amygdale pharyngée ; il aboutit aux conclusions suivantes :

Développement depuis la vie fœtale jusqu'à l'âge de 1 à 2 ans ;



statu quo jusqu'à la puberté; puis phase régressive jusqu'à 20 ans; deuxième temps d'arrêt, et, à 50 ans, régression sénile qui commence. Chez le jeune enfant, le plan supérieur des choanes marque toujours la limite inférieure normale de l'amygdale. La muqueuse de la voute est sillonnée de replis aboutissant à un sillon médian, parfois un peu latéral: le recessus pharyngien, parfois difficilement accessible, et dont la profondeur atteint rarement un centimètre; plus accentué par un processus hypertrophique et d'ordre pathologique de la muqueuse, le recessus forme un véritable diverticule: la bourse de Luschka.

De toutes ces considérations anatomiques découlent des indications pratiques, appelant, dit l'auteur, un travail spécial.

H. RIPAULT.

**Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenraumes, (Les maladies du nez, de ses cavités accessoires et du naso-pharynx),** par CARL ZARNIKO. Berlin, S. Karger, 1894.

Depuis quelques années, une mode nouvelle tend à s'établir dans l'Allemagne otologique et laryngologique. L'assistant de toute clinique importante, au moment de quitter ses fonctions pour aller s'établir dans quelque populeuse ville allemande, se croit obligé d'affirmer sa compétence en publiant un traité complet de toutes les maladies du ressort de sa spécialité. Et comme chaque année voit l'affranchissement de plusieurs assistants de haute marque, chaque année nous octroie plusieurs manuels d'otologie ou de laryngologie. Ces publications se succèdent si rapprochées, que, fatalement, elles ne peuvent que se répéter, la science ayant peine à suivre les progrès de la librairie. Cependant, la plupart de ces manuels sont recommandables, car ils brillent par une qualité: la clarté. Ces assistants, qui pendant des années ont formé, dans des cours très élémentaires, de nombreuses générations de ce qu'il est convenu d'appeler des « spécialistes de six semaines », sont passés maîtres à savoir extraire la quintessence de l'oto-laryngologie pour la servir en un petit nombre de pages; et leurs manuels sont généralement des chefs-d'œuvre au point de vue propédeutique. Le nouveau traité que nous présente Z. surpasse encore en cela ses devanciers: on ne pouvait, du reste, en attendre autrement de l'assistant d'un maître tel qu'Hartmann. Les divisions et subdivisions y sont multipliées de manière à présenter la rhinologie comme en un gigantesque

« plan de conférence ». Le texte est illustré de deux sortes de planches : des reproductions en photogravure des principales pièces de la belle collection anatomique d'Hartmann, et des schémas très simples, mais d'une réelle originalité, et qui parleront aux yeux des débutants mieux que toutes les explications verbales.

Comme division, l'ouvrage se présente en deux parties : une première toute de propédeutique, expose l'anatomie et la physiologie du nez ; trois chapitres, de facture neuve, traitent des symptômes, du diagnostic et du traitement des rhinopathies envisagées en général ; la seconde partie, consacrée à la pathologie et à la thérapeutique spéciales, décrit, dans la forme ordinaire, les maladies du nez, des sinus et du naso-pharynx.

M. L.

**Les maladies de la bouche, du pharynx et du larynx. (Die Krankheiten der Mundhöhle, der Rachens und des Kehlkopfes), par A. ROSENBERG. Berlin, S. Karger, 1893.**

Ce livre est le fruit de l'expérience acquise par l'auteur pendant les douze ans qu'il passa, comme assistant de B. Fränkel, à la polyclinique universitaire de Berlin, pour les maladies de la gorge et du nez ; c'est-à-dire que cet ouvrage est conçu dans un esprit éminemment pratique. Tout en s'efforçant de ne laisser de côté aucune des questions intéressant le spécialiste, R. passe rapidement sur les affections les plus rares pour insister sur celles qu'il importe plus particulièrement au médecin praticien de connaître. L'absence d'indications bibliographiques, l'abondance des figures qui illustrent le texte, la place importante donnée à la thérapeutique, concourent à la réalisation du but poursuivi par l'auteur.

L'ouvrage se divise en trois parties. La première traite des affections de la bouche et plus particulièrement de celles de la muqueuse linguale. Après un très court chapitre sur les malformations des lèvres, de la langue, des dents et de la voûte palatine, l'auteur passe en revue l'histoire des diverses stomatites et glossites aiguës et chroniques, des lésions syphilitiques, tuberculeuses et lépreuses, puis celle des mycoses et des néoplasmes de la cavité buccale ; il continue par l'exposé des troubles de la sensibilité générale et spéciale, ainsi que de la motilité et termine par une étude très rapide des inflammations des glandes salivaires et de l'angine de Ludwig.

La deuxième et la troisième partie qui traitent respectivement des maladies du pharynx et de celles du larynx, présentent un plus long développement. Elles sont écrites sur le même plan. Après un préambule d'anatomie et de physiologie fort clair, bien qu'il soit à la fois détaillé et concis, l'auteur se livre à des considérations générales sur l'étiologie, les symptômes, le diagnostic et le traitement des affections qu'il étudie plus loin en particulier. Les différents modes d'exploration du pharynx et du larynx sont exposés avec soin ; le débutant trouvera là d'excellents conseils sur la pratique de la rhinologie, du toucher digital, de la laryngoscopie. Un court chapitre sur les anomalies de développement sert de transition entre la partie générale et la partie spéciale. Les affections étudiées dans cette dernière sont décrites dans le même ordre que celles de la bouche : inflammations aiguës et chroniques, syphilis, tuberculose, lèpre, mycoses, néoplasmes, corps étrangers, traumatismes, névroses. Les pages consacrées à l'étude des névroses laryngées, surtout à celles des paralysies, se recommandent par leur clarté. L'ouvrage se termine par un bref exposé de l'histoire des sténoses trachéales.

Il ne faut pas s'attendre à trouver dans ce manuel une étude minutieuse des lésions et des troubles fonctionnels qu'elles entraînent : les symptômes cardinaux sont mis en évidence, les symptômes secondaires sont seulement mentionnés, les symptômes rares sont laissés de côté. Aussi les descriptions de l'auteur semblent-elles parfois un peu rapides, écourtées même ; mais, loin de lui en faire un reproche, il faut plutôt, étant donné qu'il se proposait d'écrire en 300 pages toute l'histoire des affections buccales, pharyngées et laryngées, le féliciter d'avoir su se restreindre et d'avoir conservé à chaque sujet les proportions qui lui conviennent. Tel est ce livre dans lequel on trouvera, à défaut d'aperçus originaux, un excellent exposé de nos connaissances sur les maladies des premières voies digestives et du larynx : l'étudiant et le praticien, autant que le spécialiste, sauront en faire leur profit.

M. BOULAY.

---

## ANALYSES

## I. — OREILLE

Une complication de l'otite moyenne non décrite, ou dermatomyosite aiguë, par A. FRANKEL. (Communication à la Société de médecine interne de Berlin, in *Bulletin médical*, n° 6, 21 janvier 1894).

On sait que les maladies infectieuses se compliquent souvent des manifestations cutanées, érythèmes, roséoles, etc. Mais les poisons microbiens peuvent produire également des accidents au niveau des muscles, il est même des cas où le système musculaire presque tout entier est atteint. « Divers muscles se tuméfient et deviennent douloureux, la rate est augmentée de volume ; la peau prend part à la maladie... Les muscles de la respiration et de la déglutition sont parfois intéressés, et la mort survient par asphyxie ou pneumonie. C'est à cette manifestation musculaire et cutanée de l'infection qu'Unwerricht a donné le nom de dermatomyosite aiguë. » A. Frankel a observé trois cas de dermatomyosite dont deux paraissent avoir eu pour point de départ une otite moyenne, le second était dû à un goître kystique suppuré.

La maladie peut être aiguë ou chronique ; dans sa forme aiguë on devra toujours songer à faire le diagnostic avec certaines manifestations de la septicémie.

La dermatomyosite peut être primitive ou secondaire, suivant Strumpell, mais on peut dire que tous ses cas sont secondaires ; le mot primitif ne sert qu'à masquer notre ignorance de la pathogénie du cas observé. Cela tient peut-être à ce que « l'importance pathogénique des otites moyennes n'est pas encore appréciée à sa juste valeur. » Les sinus des fosses nasales méritent aussi un examen approfondi. Les spécialistes savent déjà que les agents infectieux peuvent partir de ces points pour infecter l'organisme par la voie des lymphatiques.

F. HELME.

**Des abcès profonds extra-duremériens de la fosse cérébrale postérieure consécutifs aux suppurations labyrinthiques**, par JANSEN. (*Arch. für Ohrenheilk.* Bd. 36, Hft. n° 2).

Le diagnostic et le traitement de ces abcès est indiqué par J. à propos du cas suivant. Un malade était atteint depuis deux mois d'un écoulement fétide de l'oreille gauche ; bien qu'apyrétique, il présentait de vives douleurs, du gonflement de la paroi postéro-supérieure du conduit, des vertiges, des nausées, enfin, du nystagmus bilatéral synchrone quand le regard se portait du côté opposé à l'oreille malade : ces derniers symptômes permettaient de soupçonner une participation du labyrinthe ou de la dure-mère au processus inflammatoire. J. commença par ouvrir l'apophyse ; l'ayant trouvée à peu près saine il fit une large ouverture de l'antre. Celui-ci parut tout d'abord intact, mais avec un peu d'attention on distingua sur la paroi interne, au-dessus et en arrière de la saillie du canal semi-circulaire horizontal, un petit point granuleux. L'exploration au stylet fit découvrir à ce niveau l'orifice d'un trajet qui semblait conduire vers un abcès extra-duremérien situé sur la paroi postérieure du rocher au voisinage du canal semi-circulaire postérieur. L'ablation du toit de la caisse montra d'ailleurs qu'il n'y avait pas de pus dans le canal semi-circulaire supérieur. La fistule fut élargie jusqu'à un centimètre de profondeur : il s'écoula alors quelques gouttes de pus ; la sonde recourbée pénétra en arrière à 4 ou 5 centim. de profondeur dans une cavité qui semblait limitée par une membrane molle. Les jours suivants, les symptômes fonctionnels s'amendèrent, mais l'écoulement du pus par le conduit restait abondant ; on finit par découvrir l'existence d'un point osseux nécrosé sur le bord inféro-postérieur de l'orifice fistuleux ; on agrandit ce dernier, et l'on ouvrit plus largement le vestibule. Deux jours plus tard l'écoulement par le conduit cessait définitivement. Guérison ; au bout de quatre mois et demi la plaie était complètement cicatrisée.

Il est évident que dans ce cas, l'un des canaux semi-circulaires verticaux, probablement l'inférieur, ainsi que le vestibule, étaient ouverts et communiquaient avec la fistule. En outre, il existait vraisemblablement une seconde fistule au niveau de la partie antérieure du canal horizontal : c'est par elle et peut-être aussi par la fenêtre ovale que le pus passait directement du labyrinthe dans la caisse. Les fistules des canaux semi-circulaires sont d'ailleurs souvent multiples : celles du canal horizontal sont

les plus fréquentes ; les plus rares sont celles de la partie antérieure du canal vertical supérieur. Par contre, les fistules des canaux verticaux au voisinage de leur tronc commun ne sont pas très rares ; elles sont dues le plus souvent à une suppuration labyrinthique et se font de dedans en dehors, tandis que celles du canal horizontal se font de dehors en dedans et sont une complication assez fréquente des cholestéatomes. L'ouverture des canaux semi-circulaires à la face postérieure du rocher est extrêmement grave : elle s'accompagne de pachyméningite purulente et souvent d'une gangrène rapide de la dure-mère suivie d'arachnitis, d'abcès du cervelet, de phlébite du sinus pétreux supérieur, etc.

Conclusions : lorsqu'il existe des signes de suppuration du temporal et que l'on ne trouve de pus, ni dans l'apophyse mastoïde, ni dans l'antre, il faut penser non seulement à la possibilité d'un abcès du cerveau, mais aussi à celle d'un abcès extradurémien consécutif à la rupture de l'un des canaux semi-circulaires verticaux, la dure-mère pouvant être intacte dans la région du sinus sigmoïde. Il faut alors chercher l'existence d'une fistule sur la paroi interne de l'antre, suivre la direction de cette fistule, l'élargir et enlever au besoin le bord postéro-supérieur du rocher. L'ouverture du vestibule par le canal semi-circulaire horizontal ou la paroi interne de l'antre est une éventualité qu'il ne faut pas redouter dans les cas de suppuration labyrinthique avec symptômes méningitiques et qu'on doit même s'efforcer de réaliser.

M. BOULAY.

**Deux cas de maladies du labyrinthe**, par E. LEWY. (*Arch. of. pediatrics*, n° 4, 1894).

Les deux observations datent du printemps de 1893, époque où l'on observait une légère épidémie de méningite cérébro-spinale.

Obs. I. Garçon de 4 ans, pris brusquement dans la nuit de fièvre, de vomissements, frissons ; au bout de trois jours ces symptômes s'amendent et l'enfant demande à se lever, mais il ne sait plus marcher, il titube et tombe et il est sourd. La marche redevient normale petit à petit et au bout de deux mois toute hésitation a disparu. Quant à l'ouïe elle est perdue et l'enfant a parfois des douleurs dans l'oreille droite.

Obs. II. Garçon de 3 ans, pris brusquement de symptômes méningitiques quatorze heures après une chute sur l'occiput

(qui n'est peut-être pas en cause?) Rétabli au bout de trois semaines, l'enfant ne marche plus et n'entend pas. Il apprend à marcher lentement en titubant pendant quelque temps encore avec une certaine tendance à tomber à droite. Il reste sourd et la mère remarque qu'il parle de moins en moins; un an plus tard l'auteur revit cet enfant très bien portant mais sourd et muet.

M. N. W.

## II. — NEZ ET SINUS

**Noyau de cerise dans le nez,** par G. KEYSER. (*New-York med. journal*, 4 janvier 1894).

Homme de 35 ans souffrant d'otorrhée, de surdité, de rhinite. A l'examen du nez, on constate un rhinolithé si volumineux qu'il fallut le morceler et que les fragments durent être repoussés en arrière vers la bouche. En dehors de l'enveloppe calcaire, le centre était comblé par un noyau de cerise. L'introduction de ce noyau devait remonter à la première enfance. Le rhinolithé enlevé, guérison facile de la rhinite et de l'otite.

A. F. PLICQUE.

**Tumeur cystique du vestibule du nez.** par JOHN DUNN. (*New-York med. journal*, 24 février 1894).

Les tumeurs cystiques intranasales sont beaucoup plus rares que celles du naso-pharynx. Dans le cas observé par D. la guérison fut obtenue par l'incision, un attouchement à la teinture d'iode et le tamponnement avec du coton. Le tamponnement doit être fait chaque jour pendant près d'un mois jusqu'à la maturation complète.

A. F. PLICQUE.

**Note clinique sur le traitement du coryza aigu par le benzoate de soude** par JOSÉ ANFRUNS. (*Revista di laring.* Tome IX, n° 8, p. 113, février 1894).

C'est par hasard que l'auteur essaya des pulvérisations d'une solution de benzoate de soude, au début d'un coryza aigu; en moins de vingt-quatre heures il fut guéri. Il appliqua alors ce

remède sur plusieurs personnes qui toutes guérirent rapidement. Par comparaison, il se contenta dans certains cas de pulvériser de la simple vapeur d'eau : le soulagement ainsi produit ne fut que momentané ; au contraire, les pulvérisations au benzoate de soude amenaient une rémission durable, et bientôt la cessation de tous les symptômes.

M. L.

**Sarcome inopérable du nez**, par R. LEVY. (*New-York med. journal* 17 mai 1894).

Observation remarquable par l'étendue des lésions. On vit successivement se produire : 1° paralysie des branches périphériques du facial ; 2° paralysie de la sensibilité dans la seconde branche de la cinquième paire ; 3° paralysie de la déglutition par compression du ganglion de Meckel ; 4° douleurs violentes dans la face et l'œil par pression sur la cinquième paire ; 5° douleur dans la région occipitale par pression et extension au sphénoïde. L. signale de plus la coexistence de polypes qui peuvent, par conséquent, coexister avec des tumeurs malignes, l'absence de tout engorgement ganglionnaire. Dans ce cas, L. put établir que la tumeur devait avoir débuté dans le sinus et s'était étendu ensuite non-seulement au nez mais aux parties profondes. Il montre l'importance de cette question d'origine au point de vue des indications opératoires. L'odeur du pus qui s'écoulait du sinus était particulièrement fétide (odeur de gangrène) et distincte de celle des abcès ordinaires. Enfin, comme symptôme de début particulièrement important et retrouvé dans cinq autres observations, L. indique les douleurs très vives dans la face.

A. F. PLICQUE.

**Un abcès de la cloison du nez**, par le Prof. CLARENCE C. RICE, de New-York. (*Arch. of pediatrics*, n° 2, 1894).

L'enfant est amené à la clinique quinze jours après le début d'une obstruction nasale, on trouve la cloison sur la ligne médiane, mais épaissie au point d'oblitérer les deux narines, extrêmement sensible et fluctuante. Une ponction faite aussitôt donne issue à du pus. L'origine de cet abcès n'a pu être élucidée.

M. N. W.



**Abcès à répétition du plancher des fosses nasales**, par LACARRET.  
(*Annales de la Policlinique de Toulouse*, 4<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 3, p. 45, mars 1894).

Une femme de trente ans, de bonne santé habituelle, est subitement prise en juin 1893 de démangeaisons intenses dans le bout du nez. Dans l'après-midi, mal de tête atroce ; le soir, gonflement de la joue et tuméfaction dure de l'aile gauche du nez ; peu de gêne de la respiration nasale. Ces symptômes s'amendèrent, mais se maintinrent atténués pendant trois mois. A ce moment, on constata une saillie globuleuse de la muqueuse à l'entrée de la narine gauche ; l'incision donna issue à du pus. Pendant un mois, tout rentra dans l'ordre ; mais la malade ayant pris froid, la fièvre, les maux de tête, la tuméfaction de la joue se montrèrent de nouveau ; l'abcès ayant percé spontanément, une nouvelle accalmie survint qui dura un mois et demi. A ce moment, nouveau refroidissement et imminence de récurrence. L., alors consulté, constate une tuméfaction globuleuse, fluctuante, immédiatement en avant de l'insertion du cornet inférieur gauche, et allant en décroissant sur le plancher jusqu'au pied de la cloison cartilagineuse. Une ponction au galvano-cautère en fait sortir un liquide brunâtre, peu épais ; le stylet, introduit dans la poche, fait constater au niveau du plancher une petite excavation creusée dans le tissu osseux à parois lisses. L'examen du liquide montre qu'il s'agissait de pus ordinaire.

L. discute la pathogénie de ces abcès ; en présence de l'intégrité des incisives supérieures et de la canine correspondante, il accuse volontiers un traumatisme initial, provoqué par les violentes démangeaisons du début ; et le refroidissement aurait amené les rechutes.

Ce fait est intéressant, mais n'est pas unique dans la pathologie nasale, comme semble le croire l'auteur.

M. L.

**Destruction complète des fosses nasales par la syphilis**, par J. DUNN. (*New-York med. journal*, 20 janvier 1894).

Cas remarquable par l'étendue de la destruction chez une femme de 23 ans. Toutes les parties ordinairement contenues dans les fosses nasales, cornets, cloison, paroi, prolongement lacrymal, ethmoïdal, maxillaire avaient disparu. Il s'agissait probablement de syphilis héréditaire des accidents cutanés ayant été remarqués dès la première enfance.

A. P. PLICQUE.

**Migraines d'origine nasale**, par SNOW. (*New-York med. journal*, 31 mars 1894).

Snow rapporte une série de faits de migraines, vertiges, céphalées, douleurs de l'œil, guéris par des interventions supprimant des pressions ou des contacts à l'intérieur des fosses nasales.

A. F. PLICQUE.

**Destruction par l'électrolyse d'une volumineuse tumeur caverneuse de la cloison**, par STRAZZA. (*Revue intern. de rhinologie*, 4<sup>e</sup> année, n° 5, p. 49, 10 mars 1894).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme âgée de soixante-quatre ans, qui, dès sa première jeunesse, eut des épistaxis fréquentes de la narine gauche. Quand elle vint le consulter, à cause d'une hémorrhagie nasale intense, il trouva la fosse nasale gauche obstruée par une grosse tumeur bleuâtre molle, s'insérant sur la cloison cartilagineuse. Aucune douleur locale ni irradiée, pas d'adénopathie angulo-maxillaire. Etant donné l'épuisement de la malade et la grande tendance à l'hémorrhagie, il se décida à intervenir par l'électrolyse. Il préféra la méthode unipolaire puisque, l'enfoncement de l'aiguille déterminant une hémorrhagie intense, on ne pouvait agir qu'avec l'électrode positive qui a le pouvoir de coaguler le sang. Quatre séances de dix minutes, avec une intensité qui ne dépassa pas 12 milliampères, amenèrent au bout de six semaines une rétraction considérable de la tumeur, équivalant à une disparition presque complète. Cette tumeur était un cavernôme.

S. en conclut que l'indication majeure de l'électrolyse est la réduction des tumeurs sanguines du nez dont la destruction par d'autres moyens constitue un vrai danger pour le malade ; il trouve, au contraire, ce procédé beaucoup trop lent, quand il faut détruire des tumeurs compactes, telles que les épines et déviations de la cloison.

M. L.

**Obstruction congénitale des narines**, par CLARENCE RICE. (*Arch. of pediatrics*, n° 5, 1894).

Garçon de cinq ans amené à la clinique de l'auteur (à la Post-graduate medical School, de New-York,) parce qu'il ne respire presque pas par le nez. La narine droite est complètement fer-

més, il n'existe pas d'orifice, la peau se continue sans interruption; l'orifice de la narine gauche admet un petit stylet. Cette disposition est évidemment congénitale; de plus elle n'intéresse pas le squelette qui est normal. L'enfant est anesthésié, tenu verticalement dans les bras d'un aide et l'ouverture est créée à l'aide d'une tréphine à moteur électrique que l'on dirige parallèlement à la cloison, droit en arrière d'abord, un peu en bas ensuite. A la profondeur de trois quarts de pouce, la tréphine arrive dans un espace vide; l'instrument est repassé plusieurs fois afin de créer un orifice suffisant. L'orifice de la narine gauche est agrandi de la même manière et l'opération est terminée par l'introduction de mèches iodoformées.

M. N. W.

**Contribution à l'étude clinico-histologique des néoplasmes des cornets et de la cloison du nez, par COZZOLINO.** (*Arch. ital di otol.*, 1894, fasc. 2).

C. publie une série de six observations de tumeurs des fosses nasales. Ce sont: un cas de granulome syphilitique des cornets inférieur et moyen de la fosse nasale droite; un cas de granulome inflammatoire simple de la portion cartilagineuse de la cloison; trois cas de myxosarcomes siégeant, l'un sur la face droite de la cloison avec prédominance au niveau de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, l'autre sur la face gauche du septum au niveau du cartilage quadrangulaire, le dernier à l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit; enfin un cas de fibro-sarcome de la queue du cornet inférieur gauche. L'histoire clinique de chacun de ces cas, sauf celle du premier, est accompagnée des résultats de l'examen histologique du néoplasme correspondant.

M. BOULAY.

**Sur les réflexes d'origine nasale pharyngée et laryngée, par J. ROQUER CASADESUS.** (*Revista de laring.* Vol. IX. n° 9 et 10, mars et avril 1894).

1° La muqueuse nasale n'a pas seule la propriété d'engendrer des phénomènes réflexes dans les organes plus ou moins éloignés.

2° Les muqueuses du pharynx et du larynx peuvent également les faire naître.

3° Ces réflexes peuvent varier dans leur intensité, depuis la simple perturbation dans le jeu d'un appareil jusqu'au désordre de tout l'ensemble du système nerveux.

4° Leur mécanisme est la transmission centripète de l'irritation des filets nerveux jusqu'aux centres.

5° Les lésions anatomo-pathologiques qui peuvent exister dans ces muqueuses constituent une cause permanente d'irritation nerveuse.

6° Il y a à se demander si on est autorisé à considérer comme des points hystérogènes les zones d'où dérivent ces phénomènes réflexes ?

7° Et si ces zones hyperesthésiques, au lieu d'être un symptôme de l'hystérie n'en sont pas la cause, quand leur destruction amène la cessation des attaques ?

8° La laryngologie et la rhinologie peuvent aider à préciser la pathogénie de l'hystérie, jusqu'ici méconnue.

M. L.

**Rhinites, pharyngites, laryngites et otites provoquées par le bacille de Pfeiffer**, par BAREGGI. (*Giorn. del. Istituto Nicolaï*, 1894, n° 3.)

Le bacille de Pfeiffer, ou bacille spécifique de l'influenza, aurait été retrouvé par B. dans quatre cas de pharyngite catarrhale, un cas d'amygdalite folliculaire confluyente, une pharyngite phlegmoneuse, un phlegmon de l'amygdale, quatre pharyngites pseudo-membraneuses, trois laryngites pseudo-membraneuses, deux rhinopharyngites, deux rhinites primitives pseudo-membraneuses, une rhinite catarrhale, une otite moyenne. Il insiste surtout sur la confusion possible et fréquente de ces infections grippales avec les infections à streptocoques et avec la diphtérie. Les infections sont beaucoup plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant. Les vingt-deux cas observés comprennent seize adultes et seulement six sujets au-dessous de dix ans.

A. F. PLICQUE.

**Glycosurie d'origine nasale**, par BAYER. (*Medical record*, 21 avril 1894.)

B. signale un fait de glycosurie avec autres troubles trophiques causée par une obstruction nasale et disparaissant après le rétablissement de la respiration par le nez. La glycosurie peut

s'expliquer, d'une part par la diminution de la quantité d'oxygène respirée, d'autre part et surtout par les troubles circulatoires d'ordre asphyxique et par les troubles nerveux bulbares.

A. F. PLICQUE.

**Trois cas d'ethmoïdite**, par HIGGUET. (*La Policlinique*. Vol. 3, n° 2, p. 25, 15 janvier 1894).

Histoire clinique de trois cas d'ethmoïdite purulente. Dans les deux premiers, l'inflammation du labyrinthe ethmoïdal a amené la carie des lamelles osseuses faisant partie de la paroi interne de l'orbite et donné naissance à ces abcès orbitaires. Dans le troisième cas, les phénomènes orbitaires ont manqué, la tuméfaction de la muqueuse nasale, empêchant l'issue facile du pus, a favorisé la formation des masses caséeuses exhalant une odeur putride. Dans aucun de ces cas il n'y avait de polypes du nez, bien que Woakes attribue l'existence de tous les polypes muqueux à une ethmoïdite naissante. La guérison fut amenée en un mois, dans les trois cas, par le curettage des cellules ethmoïdales malades à travers les fosses nasales, et les lavages antiseptiques.

M. L.

**Inflammation aiguë de l'antre d'Highmore à la suite de l'influenza**, par C. MOXHAM. (*Brit. med. journ.*, 1894, p. 408).

Dans le cours d'une deuxième attaque d'influenza en 1892, l'auteur eut un catarrhe nasal prononcé. Un jour, sa joue gauche devint douloureuse et se tuméfia; le lendemain en se mouchant il chassa par la narine gauche une grande quantité d'un liquide jaune foncé, épais; puis durant la journée, ce liquide continua à couler, beaucoup plus clair, surtout lorsque le patient baissait la tête. C'est là évidemment un cas de sinusite aiguë.

M. N. W.

**Inflammation aiguë de l'antre d'Highmore à la suite de l'influenza**, par FELIX SEMON. (*Brit. med. journ.*, p. 237, 1894).

L'auteur fut atteint d'influenza pour la troisième fois, en décembre 1893; la phase aiguë fut courte mais suivie d'un catarrhe

intense des voies respiratoires avec sécrétion nasale très abondante, ce qui n'empêcha pas l'auteur d'aller à Berlin. Là, il vit un jour se développer dans l'espace de quelques heures une sinusite gauche aiguë ; tension pénible puis très douloureuse, gêne considérable, tuméfaction et sensibilité de la région zygomatique de la joue ; la toux, l'effort dans l'action de se moucher causaient une violente douleur, mais au cours d'un de ces efforts, il s'écoula subitement près d'une demi-once de mucus par la narine gauche et tout rentra dans l'ordre. Les mêmes phénomènes se reproduisirent deux autres fois dans les 24 heures. Enfin, deux jours plus tard, lorsque l'auteur n'y songeait plus, il vint un flot de mucus pendant qu'il se mouchait, ce fut la fin de l'affection. Le Prof. Fränkel avait examiné son collègue après le premier accès et n'avait rien trouvé d'anormal, sauf cependant ce fait que la pupille gauche restait sombre dans la transillumination de la face.

Dans le cours d'une première attaque d'influenza, l'auteur avait eu une carie aiguë d'une canine jusqu'alors intacte.

M. N. W.

**Transillumination interne des os de la face au moyen de l'électricité ; sa valeur dans le diagnostic des maladies de l'antre d'Hygmore,** par HOLGER MYGIND. (*Journ. of laryng. rhinol. and otol.*, janvier 1894. Vol. VIII, new series, n° 1).

Différents ouvrages ont déjà traité de la valeur de l'éclairage électrique des os de la face comme moyen de diagnostic dans les maladies de l'antre d'Hygmore. Mais jusqu'ici on n'a pas examiné comparativement les gens bien portants ou tout au moins peu de détails ont été donnés sur les examens pratiqués. Pour combler cette lacune, l'auteur a examiné 200 individus se répartissant de la façon suivante :

	hommes	femmes	total
Au-dessous de 15 ans . . . .	27	21	38
— de 15 à 44 ans . . . .	46	76	122
Au-dessus de 44 ans . . . .	15	15	30
Total . . . . .	88	112	200

La lampe employée utilise 8 volts en pleine marche.

Il faut examiner les malades dans l'obscurité, tenir la lampe quelque temps en place, si l'éclairage est d'abord faible, s'assurer que les malades n'ont pas de palais ou de dentiers artificiels qui gêneraient considérablement l'examen.

Cet examen donne des résultats très différents suivant les sujets.

Chez les individus maigres, spécialement chez les femmes, l'éclairage est très intense. La partie illuminée de la face est limitée en haut en dedans par la racine du nez, qui est souvent brillamment éclairée, tandis que la pointe reste sombre. Sur les côtés la limite est formée par le fond inférieur de l'orbite, la paupière inférieure étant cependant très brillante ; en dehors la lumière s'arrête sur le bord de l'insertion du masséter en bas par le menton. Les pupilles présentent une couleur rouge différente de celle des cavités de la face qui sont plus sombres. L'illumination de la pupille varie avec son degré de dilatation. Les vaisseaux de la rétine se distinguent souvent par une ombre spéciale. L'hypertrophie de la muqueuse du nez ne donne lieu à aucune ombre, mais chez beaucoup de ces personnes les pupilles restent sombres ou ne s'éclairent que lorsqu'elles regardent en bas. Chez les gens gras, les pupilles demeurent également sombres. Contrairement à l'opinion de Davidsohn, l'obscurité de la pupille ne prouve pas la présence du pus dans l'antre d'Highmore, car chez beaucoup de personnes saines, les pupilles sont inégalement éclairées et il se peut même qu'une reste tout à fait sombre, tandis que l'autre s'éclaire. Contrairement à l'opinion de Davidsohn, l'obscurité des pupilles est loin d'être un fait exceptionnel. La forme du palais n'a pas non plus d'importance.

Les conditions qui semblent intervenir pour empêcher la lumière placée dans la bouche de parvenir jusqu'à l'orbite, sont : 1° la consistance de la membrane muqueuse du palais, probablement peu variable chez les différents individus ; 2° l'épaisseur et la structure des os de la face, expliquant en même temps la différence des résultats obtenus suivant les âges.

L'influence du plus ou moins de consistance et des autres conditions physiques de la membrane de l'antre d'Highmore, devra être contrôlée par de nouvelles observations.

Les anomalies de forme et de dimension de l'antre d'Highmore ont un rôle peut-être moins prédominant que ne l'ont affirmé Zuckerkandl et Davidsohn, puisque l'obscurité des pupilles peut être due à d'autres causes.

La consistance et le volume des parties molles de l'orbite sont probablement d'importants facteurs, enfin, il faut tenir compte aussi des conditions physiques de l'œil lui-même, de l'épaisseur de la sclérotique, de la quantité du pigment, etc. Cela montre, en résumé, qu'on ne peut faire de l'absence d'éclairage de l'œil dans la transillumination de l'antre d'Higmore un signe diagnostique d'une valeur décisive, comme le prétendait Davidsohn. En illuminant les os de la face au moyen d'une lampe placée dans la bouche, nous avons un moyen de valeur pour éclairer notre diagnostic. Son rôle dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Higmore reste à démontrer.

L. R. REGNIER.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Malformation congénitale des piliers antérieurs palatins,** par DOUGLAS HAMILTON. (*New-York med. journal*, 1894, n° 48.)

H. rapporte un fait de fissures longitudinales des piliers antérieurs du voile du palais, fissures ovales, allongées, s'étendant jusqu'à la base de la langue. Il n'y avait pas de tissu cicatriciel; l'aspect des piliers était absolument normal en dehors des fissures. Ces malformations peuvent offrir un certain intérêt pour le diagnostic, H. donne une bibliographie de cette affection indiquant huit observations.

A. F. FLICQUE.

**Indications et technique de la staphylorrhaphie,** par le Prof. TILLAUX. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 13, 14 février 1894.)

Après un historique complet de l'opération qui nous amène à cette conclusion que « la staphylorrhaphie est la méthode de choix pour réunir les divisions congénitales du voile du palais », l'auteur passe aux indications. On les trouve dans la *disposition anatomique* de la division du voile du palais et *l'âge du malade*. Y a-t-il simple division sans atrophie du voile du palais ? Le cas est favorable ; après l'opération le voile sera mobile et



souple. Existe-t il de l'atrophie ? « L'étoffe » manque, il faut s'attendre à une tension trop grande du voile du palais après la cicatrisation.

Quel est l'âge favorable pour intervenir ? On a proposé les staphylorrhaphies précoces (Hermann) à six mois, un an, trois ans. Trélat opérait à 7 ans. M. Tillaux préfère les staphylorrhaphies tardives, il attend l'âge de raison.

L'emploi du chloroforme n'est pas sans inconvénients. Quand on en fera usage il faudra pour éviter la chute du sang dans les voies aériennes et pour avoir un bon éclairage opérer le malade dans la position déclive de Rose. Toutefois M. Tillaux préfère la cocaïnisation du voile au chloroforme. Voici la technique du procédé de Tillaux :

« 1° Asseoir le malade sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide et la bouche bien ouverte.

2° Badigeonner le voile du palais avec un pinceau imbibé d'une solution de cocaïne.

3° Avivement des bords de la perforation et avec un soin attentif de l'angle antérieur, de façon à obtenir un V d'avivement complet, au moyen du bistouri à lame droite et d'une pince à griffe.

4° Conduire les fils d'argent à l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, si les circonstances y prêtent d'une lèvre à l'autre, sinon alternativement au niveau de chaque lèvre et en dirigeant l'aiguille de la face inférieure vers la face supérieure du voile.

5° Rapprochements des fils et, si le voile du palais est trop tendu, débridements libérateurs sur les côtés et limités en profondeur à la muqueuse du voile.

Au résumé, avivement en forme de V, pressage et serrage des fils, mais incisions libératrices conditionnelles : voilà l'idéal. »

On devra garder la réserve la plus prudente sur les résultats fonctionnels de l'opération. Souvent, à l'aide de l'éducation phonétique, la voix pourra s'améliorer, mais tout dépendra comme on le sait de la longueur du voile. Quant à la déglutition, elle est généralement améliorée par l'intervention. Mais ce qu'on doit obtenir c'est un bon résultat plastique. M. Tillaux remarque en terminant qu'il s'agit là, en somme, d'une opération délicate et difficile.

**Hypertrophie de l'amygdale linguale**, par CLARENCE RICE. (*Arch. of pediatrics*, n° 4, 1894.)

Garçon de 12 ans, atteint d'une toux particulière, sèche, survenant par accès à n'importe quel moment de la journée, quelquefois suivie de vomissement. Le poumon est sain; la luette de longueur normale, les amygdales latérales et pharyngées ne sont pas en cause non plus. L'incitation à la toux se trouve à la base de la langue, le tissu lymphatique y est nettement hypertrophié, dans l'état où on le trouve souvent chez l'adulte, ce tissu s'étale jusque sur l'épiglotte; cette dernière, au lieu d'être fortement inclinée vers le pharynx ainsi qu'elle l'est normalement chez l'enfant, se trouve au contraire réclinée en avant vers la base de la langue et c'est évidemment ce contact de l'épiglotte avec le tissu hypertrophié qui provoque la toux. L'auteur se sert du galvano-cautère pour détruire ou réduire ce tissu morbide.

M. N. W.

**Angine à fausses membranes, terminée par la mort dans le cours de la scarlatine**, par WASHBOURN et GOODAL. (Communication faite à la Clinical Society de Londres, in *Bulletin médical*, 24 janvier 1894, n° 7.)

A propos d'une observation d'angine scarlatineuse sans bacille de Löffler, et suivie de mort, Washbourn et Goodal rapportent le résultat de leurs recherches microbiologiques sur les angines de la scarlatine. Les résultats qu'ils ont obtenus, et qui concordent avec ceux d'autres observateurs de différents pays, montrent que l'angine à fausses membranes du début de la scarlatine n'est pas diphtérique. Il n'en est pas de même de l'angine membraneuse de la convalescence qui relève constamment du bacille de Löffler.

F. HELME.

**Angine pseudo-membraneuse de la grippe**, par L. BÉTRI. (*Bulletin général de clinique et de thérapeutique*, n° 3, 10 janvier 1894.)

\* Une jeune fille de 15 ans d'une famille influencée présentait une atteinte de l'affection à forme gastrique. Deux jours et demi

environ après le début apparaissent sur le voile du palais des taches punctiformes d'apparence trouble, grisâtres, complètement adhérentes. Peu de rougeur d'ailleurs sur la gorge, sauf sur le bord du voile du palais et au niveau de la région adénoïde du pharynx.

Le lendemain, les taches grisâtres blanchissaient et se limitaient tout en augmentant de nombre et en se répandant sur la luette, sur le bord du voile. Comme traitement : chlorate de potasse en inhalations et attouchements à l'acide lactique à 50 %.

A la suite d'un autre cas un peu différent du premier dans les manifestations pharyngées, il y eut de la paralysie du voile du qui ne céda qu'au bout de plusieurs séances de faradisation.

« Toutes les variétés de manifestations pharyngées dans l'influenza, l'angine lacunaire, la rougeur simple, diffuse ou piquetée, l'infiltration fibrineuse, ont vraisemblablement une même origine que les processus pseudo-membraneux du larynx et reconnaissent aussi une même étiologie. »

Quant à la pathogénie de ces accidents pharyngés, Bétrici pense qu'on peut l'expliquer par les traumatismes produits soit par les aliments, soit par les médicaments au niveau de l'isthme du pharynx. En somme, l'influenza peut donner toute une gamme de manifestations sur la gorge.

F. HELME.

**La diphtérie et ses causes**, travail de GRANT SUTTON, revue critique de G. VARIOT. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 13, 25 janvier 1894.)

« Dans le village d'Upchurch, dans le district de Milton Union, de grandes quantités de débris provenant de boîtes à ordures, sont apportées sur des bateaux spéciaux et entassées sur un quai ; il n'y a que très peu de maisons environnantes. »

D'immenses tas de quatre mètres de hauteur sur plusieurs mètres de longueur sont ainsi formés. Ces détritits sont brûlés et les cendres servent à la fabrication des briques. Pendant la calcination de ces matières végétales et animales en décomposition, de chiffons, de débris et de détritits, il se dégage du foyer une odeur abominable, « ces exhalaisons nuisibles, favorisées par le vent, se portent dans une direction ou une autre et dans ce cas-ci, sans doute, sur le village où la diphtérie a sévi. Ce village

bien construit, placé sur une hauteur, devint le théâtre d'une épidémie de diphtérie que l'auteur se croit en droit d'attribuer aux causes suivantes : les germes de la diphtérie ont eu leur origine dans les émanations malsaines des amas de débris mentionnés plus haut et ont dû être transmis par l'air dans le village avoisinant... Je crois, ajoute Grant Sutton, que la diphtérie est causée par des émanations malsaines, provenant surtout d'ordures de toute sorte qui empoisonnent l'air. »

Variot fait suivre les conclusions de l'auteur anglais des remarques suivantes. « Les faits énoncés ci-dessus pour prouver la diffusion de la diphtérie par l'air atmosphérique sont loin d'être concluants. Quand des foyers d'immondices pouvant contenir toutes espèces de germes morbides se trouvent dans une localité, comment pouvoir affirmer que des débris n'ont pas été transportés d'une manière quelconque à quelques centaines de mètres ? Lorsqu'il s'agit d'enfants qui, dans leurs jeux, ne prêtent pas d'attention aux détritits malsains qui peuvent les entourer, il faut être extrêmement prudent pour nier les contacts médiats ou immédiats.

F. HELME.

**Contribution à l'étude de la diphtérie (sérum-thérapie),** par MM. ROUX et MARTIN. — Trois cents cas de diphtérie, par MM. ROUX, MARTIN et CHAILLOU, (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 septembre 1894, n° 9.)

Les expériences de l'Institut Pasteur sur le traitement de la diphtérie par le sérum anti-toxique reposent sur une théorie toute nouvelle de l'immunité. Cette théorie prit naissance vers 1884. On l'opposa à la théorie cellulaire ou phagocytose. Il y eut bientôt, entre les partisans de la théorie humorale et ceux qui ne voulaient voir dans les phénomènes de défense de l'organisme que des réactions de nos cellules, des controverses qui, purement spéculatives au début, devaient cependant produire les seuls résultats pratiques qu'ait fournis à la médecine la bactériothérapie.

Les premiers travaux sur cette conception toute nouvelle de l'immunité furent ceux de l'école de Dorpat (thèse de Grohman). L'école de Breslau vint ensuite apporter quelques faits nouveaux aux premières connaissances acquises. Mais il faut aller jusqu'aux découvertes de Büchner, Behring et Kitasato pour trouver, au milieu d'expériences nombreuses et souvent contradic-

toires, un fait clair, précis, nettement établi. Ce fait est le suivant : on peut vacciner un animal contre une maladie bactérienne. Le sang de cet animal acquiert, par suite de la vaccination, un pouvoir toxique tel que, transporté sur un autre animal non immunisé, ce dernier deviendra réfractaire à son tour à l'effet du poison. Les essais de vaccination contre le tétanos posèrent les premiers jalons de la sérumthérapie. Roux, qui avait isolé et étudié le poison diphtérique, avait vu qu'il ressemble aux venins. On pouvait donc espérer mithridatiser des animaux et se servir de leur sérum pour annihiler, sinon détruire, les effets de l'intoxication diphtérique. Concurrément avec les savants allemands, les expérimentateurs français commencèrent leurs recherches qui furent bientôt couronnées de succès. Du beau travail que viennent de publier MM. Roux et Martin, il résulte clairement que nous sommes dès aujourd'hui en possession d'une méthode thérapeutique efficace contre une affection jusque-là si terrible et si rebelle à nos moyens d'action.

C'est la toxine elle-même du bacille de Lœffler qui sert à immuniser les animaux. On la prépare en cultivant dans du bouillon alcalinisé le bacille diphtérique à la température de 37°. Après avoir vérifié le pouvoir de la toxine, il suffit de la mélanger avec  $\frac{1}{3}$  de la solution de Gram pour avoir un produit atténué qui suffira à immuniser les animaux et à produire le sérum curateur. Les auteurs ont choisi le cheval qui offre l'avantage d'une immunisation rapide et commode et qui peut en outre fournir des quantités considérables de sérum sans que la santé de l'animal en souffre. On commence donc par injecter au cheval de la toxine iodée au  $\frac{1}{10}$ , puis au  $\frac{1}{4}$ , et enfin de la toxine pure. Au bout de deux mois et demi d'inoculations successives, le sérum recueilli a un pouvoir égal à  $\frac{1}{50,000}$ . Ceci est un terme de convention qui signifie qu'un animal résiste à l'inoculation d'un demi-centimètre cube de culture récente et virulente pour lui, si on lui a inoculé, 12 heures auparavant, une quantité de sérum égale à la cinquante millième partie de son poids. La toxine n'est cependant pas détruite par le sérum anti-toxique. Le poison et le contre-poison semblent exister côte à côte en se neutralisant. Et ce qui le prouve, c'est qu'une dose de toxine introduite dans les veines d'un cobaye immunisé tue infailliblement celui-ci. Il en sera de même si l'on a fait à l'animal des inoculations d'un microbe banal comme le prodigiosus. L'explication naturelle de ces faits n'est-elle pas dans l'action du sérum sur les cellules ? Les cellules bien vivaces du

cobaye neuf répondent à la stimulation du sérum. Elles restent sans défense chez les cobayes vigoureux en apparence mais qui ont déjà été impressionnés par d'autres produits microbiens.

Le sérum se conserve facilement, malgré les diverses manipulations qu'on est obligé de lui faire subir. Il suffit de le tenir à l'abri de l'air et d'y ajouter un fragment de camphre. Desséché dans le vide, il conserve ses propriétés curatives. On le fait dissoudre dans l'eau distillée au moment de l'usage, mais les injections sont plus douloureuses.

Avant d'appliquer la méthode sur l'homme, M. Roux et ses collaborateurs ont étudié la sérum-thérapie sur les animaux. Ils se sont servis du procédé de Löffler qui consiste à porter la diphtérie au niveau de la vulve des cobayes femelles. Ils obtinrent un premier résultat positif en recherchant si le sérum avait une action préventive. Il en fut de même pour le sérum injecté après l'inoculation, avec cette restriction que l'effet thérapeutique est d'autant plus sûr que l'injection suit de plus près la production de la fausse membrane. Les résultats furent également satisfaisants pour la diphtérie inoculée dans la trachée des cobayes, mais avec cette particularité que les doses de sérum durent être plus fréquentes et plus considérables. Le succès est donc manifeste dans la diphtérie pure ; malheureusement, il n'en va plus de même dans les associations microbiennes. Déjà moins efficace lorsque le bacille de Löffler est associé à des cocci divers ou à des staphylocoques, la méthode devient incertaine lorsqu'on se trouve en présence de symbioses dans lesquelles le streptocoque entre en jeu. Voilà pour l'expérimentation. Nous ne pouvons suivre les auteurs dans le détail de leurs recherches. Disons seulement que la clinique devait confirmer de point en point les essais du laboratoire.

Les expériences cliniques ont été faites à l'hôpital des Enfants-malades. Le sérum dont on s'est servi avait un pouvoir variant entre 50.000 et 1.100.000. Nous avons vu plus haut ce que ces termes signifient. A tous les malades atteints d'angine suspecte on donnait systématiquement 20 centimètres cubes de sérum en une seule piqûre sous la peau du flanc. Lorsque l'injection est bien faite elle n'est pas douloureuse. En quelques instants le sérum est résorbé. Si l'on ne suit pas les règles de l'antisepsie il se produit de la rougeur. Dans certains cas on a observé un peu d'urticaire, mais cela n'a rien à faire avec les érythèmes infectieux qui peuvent se produire au cours de diphtéries graves avec associations.

Voyons maintenant quelques chiffres. De 1890 à 1894, la mortalité moyenne a été pour la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-malades, de 51, 71 p.  $\%$ . De février à juillet 1894, alors que les malades bénéficiaient du traitement nouveau, la mortalité est tombée à 24, 50 p.  $\%$ , soit un bénéfice de 27, 21 p.  $\%$ . Ces chiffres comprennent toutes les diphtéries soit pures, soit associées; ils renferment également toutes les manifestations de la maladie observées pendant ce laps de temps, angines, croups, etc.

Dans les angines pures la mortalité n'a été que de 1, 7 p.  $\%$ ; la statistique porte sur 113 cas d'angines pures avec deux morts. En présence de ce résultat, on peut conclure avec Roux « que toute angine diphtérique pure guérira si elle est traitée à temps par le sérum. »

Les angines diphtériques à associations bénéficient encore du traitement dans de larges proportions (avec les staphylocoques 3 cas, 5 guérisons). Mais, dans les associations avec le streptocoque, la mortalité monte à 34 p.  $\%$ ; elle était auparavant (Martin et Chaillou) de 87 p.  $\%$ .

*Croups.* — Les croups non opérés guérissent facilement avec le sérum qui, donné à doses suffisantes, arrête d'ordinaire les troubles laryngés en moins de trois jours. Dans les croups opérés la statistique est moins bonne; cela ne tient pas à l'inefficacité du sérum, mais bien plutôt aux infections consécutives à la trachéotomie. Donc ici, sur 121 cas, 56 décès, soit une mortalité de 46 p.  $\%$ , alors que les statistiques antérieures donnaient 68 à 69 p.  $\%$  de décès. Dans les cas de croup nous retrouvons cette loi fatale qui veut que le bacille de Löffler exerce d'autant mieux ses ravages qu'il se trouve associé avec d'autres microbes et surtout avec le streptocoque. La mortalité dans ce dernier cas a été, sur 52 malades, de 33 morts.

On voit donc, par ce court aperçu, que l'action du sérum est certaine dans tous les cas de diphtérie pure. Le problème consiste maintenant à trouver le moyen de traiter les diphtéries avec associations, mais on sait que trop souvent les petits malades subissent dans nos hôpitaux des infections secondaires dues à la promiscuité des salles. La première chose à faire serait donc de créer une organisation meilleure des services hospitaliers. M. Roux exprime son scepticisme au sujet des progrès à réaliser par cette phrase mélancolique : « Nous craignons qu'on ne mette beaucoup plus de temps à réaliser cette organisation idéale qu'on en a mis à découvrir la sérumthérapie. »

En terminant son mémoire il enregistre les succès obtenus par les savants allemands. Leurs statistiques confirment celles obtenues à l'Hôpital des enfants. L'auteur français a parlé des travaux allemands, surtout pour obéir à un sentiment de probité scientifique dont personne ne sera surpris, mais il était cependant bon de signaler le fait.

F. HELME.

#### IV. — ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE, etc.

**Un cas de malformation congénitale de l'œsophage**, par P.W. TAYLOR. (*Boston med. and surg. journ.*, 1893, cxx, viii, 61).

Il s'agit d'une petite fille morte 45 heures après sa naissance et qui avait présenté pendant sa vie des accès de dyspnée et des symptômes de rétrécissement du pharynx. Il fut en effet constaté à l'autopsie que l'œsophage se terminait en haut en cul-de-sac, qu'un rétrécissement existait au niveau du cartilage cricoïde et que la trachée et l'œsophage étaient à ce niveau unis par un tissu dense, indisséquable ; il y avait une communication étroite du conduit alimentaire avec la trachée.

M. N. W.

**Nouvelle preuve de l'importance fonctionnelle des glandules thyroïdes**, par P. GLEY. (*Bulletin de la Société de biologie*, 15 avril 1893, p. 397.)

Dans cet article, Gley montre comment il faut faire pour conserver les glandules thyroïdes, après la section du corps thyroïde, et le résultat de cette opération chez six chiens. Deux succombèrent, l'un était tuberculeux, le second n'avait conservé qu'une des deux glandules ; les quatre autres survécurent.

Cette opération de la conservation de ces glandules, situées l'une en haut, l'autre en bas de la glande, est très délicate à faire à cause de l'accolement des glandules à la glande thyroïde, chez le chien. Gley passe un fil au-dessus de la glande, un autre au-dessous, il tend la glande pour bien mettre les glandules en évidence, il lie l'artère thyroïde, mais en ayant bien soin de respecter les artérioles qui viennent irriguer ces glandules.

A. G.



**Sur la fonction thyroïdienne**, par G. MOUSSU. (*Bulletin de la Société de biologie*, 15 avril 1893, p. 394).

En raison de la difficulté d'enlever les glandules thyroïdes décrites par Gley chez le chien, Moussu qui vient de faire des recherches anatomiques à ce sujet, chez cet animal, dit avoir trouvé fréquemment des parathyroïdes supplémentaires, 2 ou 3 d'un même côté. Ces glandules peuvent non-seulement être accolées au corps thyroïde, mais se rencontrer à son voisinage dans le tissu conjonctif périthyroidien, prétrachéal, ou le long des ramifications des artères thyroïdiennes.

L'auteur se propose d'observer ce que deviendront les animaux après la thyroïdectomie, si l'on a la précaution de conserver ces glandules, plus faciles à inspecter dans l'opération que celle de Gley.

Il verra de la sorte si la suppléance de ces glandules est effective ou imaginaire.

A. G.

**Nouvelle note sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin**, par GLEY. (*Bulletin de la Société de biologie*, p. 691, 1<sup>er</sup> juillet.)

L'auteur a fait de nombreuses expériences chez le lapin, les résultats ont été peu favorables ; 4 sur 7 ou 9 seulement put survivre : cette survie put être quelquefois aux lapins de 15 jours à un mois, les animaux présentant de l'affaiblissement général progressif et de l'anémie. Dans les autopsies de ces animaux, Gley constata des changements peu importants dans les glandules conservées, rarement il y avait de l'hypertrophie ; chez quelques-uns on trouva des fragments de tissu thyroïde laissés par mégarde. Il observa quelquefois de la rémission des accidents. En somme résultats médiocres.

A. G.

**De la nature de la maladie de Basedow**, par P. MARIE. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 23 février 1894, p. 192).

D'une note très intéressante lue par P. Marie, il semble résulter que les phénomènes de cette grave maladie sont sous la dépendance de l'hyperthyroïdie, c'est à dire de l'hypertrophie de

la glande thyroïde, d'où le prétexte de guérir cette maladie par l'extirpation du tissu thyroïdien. Cette conclusion est inspirée à l'auteur par une étude très documentée et très fournie de l'influence de ce tissu sur la production des signes et de l'inutilité du traitement de la maladie par l'administration du suc thyroïde.

A. G.

**Goître exophthalmique chez une fillette de douze ans, par M. KRONTHAL.** (*Bulletin médical*, n° 80, 8 décembre 1893).

Une fillette de 12 ans dut quitter l'école, à cause de palpitations, au mois de mai 1892. Les troubles avaient débuté à l'entrée de l'hiver. L'enfant se plaignait de battements de cœur très forts, les yeux paraissaient agrandis. Puis survinrent des bourdonnements d'oreille, des frissons, de l'anxiété, des terreurs nocturnes, des bouffées de chaleur, des douleurs au niveau du cou. Le caractère devint inégal.

Au moment de l'examen le pouls bat de 96 à 120 fois par minute. Le corps thyroïde est hypertrophié, surtout à droite. Les yeux sont saillants mais les paupières peuvent les recouvrir. Peu à peu les symptômes devinrent de plus en plus nets et l'on put affirmer l'existence de la maladie de Basedow chez cette enfant. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la rareté de la maladie dans le jeune âge. L'auteur n'a pu recueillir que 25 cas de ce genre, empruntés tous à la littérature allemande. Mais ce qui est encore à noter ce sont les troubles psychiques de la maladie (inégalité d'humeur, crises de larmes, idées de doute, etc.). Ces phénomènes n'avaient pas été signalés encore chez d'aussi jeunes sujets.

En général la maladie de Basedow chez l'enfant n'est pas d'un pronostic grave. On a quelque fois observé la guérison, ou une grande amélioration ; souvent il y a eu persistance de la maladie sans menace pour la vie. On a signalé la chorée comme complication. Les petites filles sont plus souvent atteintes que les garçons. Enfin M. Kronthal rapporte, en terminant, que pendant qu'il donnait ses soins à l'enfant qui fait l'objet de son observation la mère fut prise à son tour de la maladie de Basedow. Cela confirme une fois de plus le caractère héréditaire de l'affection, déjà maintes fois signalé.

F. HELME

**Traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropexie, par PONCET et JABOULAY. (*Gazette des hôpitaux*, 8 février 1894).**

Cette opération, très simple, d'une exécution rapide et d'une innocuité complète, consiste à exposer et à fixer à l'extérieur le corps thyroïde atteint de goître pour en obtenir l'atrophie. Elle est quelquefois une opération d'urgence : dans les goîtres plongeants, ou quand il existe des symptômes de compression.

P. a fait 14 exothyropexies, dans des cas de goîtres chirurgicaux, chez des sujets adultes. L'atrophie des goîtres a été plus ou moins rapide, les troubles de compression ont disparu, la guérison a toujours été obtenue.

Localement, voici ce que P. a observé. Aussitôt après la mise à l'air du goître, il se fait au niveau de la plaie, surtout dans les goîtres exophtalmiques, une sécrétion abondante, provenant probablement des vésicules thyroïdiennes ; la couleur du corps thyroïde devient noirâtre, les veines sont turgescents. Dès le lendemain ces veines diminuent de volume, il se forme une thrombose et une atrophie définitive. Une couche de bourgeons charnus se développe, continue de la peau au goître. La plaie peut mettre longtemps à se cicatriser, c'est le seul reproche que P. adresse à l'exothyropexie, car des complications, infection, etc., peuvent éclater. Ultérieurement le goître disparaît définitivement ou subit deux transformations : formant des noyaux ou constituant des kystes.

Quelle est la cause de cette atrophie ? P. signale l'hypothèse d'une lésion du canal excréteur réalisée par l'incision de l'espace périthyroïdien, l'hypothèse de réflexes engendrés par l'incision de la peau du cou ; mais un autre mécanisme a une influence incontestable sur l'atrophie : c'est la suppression de la circulation veineuse thyroïdienne par la thrombose.

En outre, des modifications générales surviennent bientôt : on constate un changement dans l'aspect extérieur et l'état mental du malade, l'intelligence se développe, la tachychardie et le tremblement disparaissent dans la maladie de Basedow. P. a observé également des modifications dans la pigmentation de la chevelure.

L'exothyropexie s'adresse à toutes les variétés anatomiques et cliniques des goîtres.

**Influence de l'extirpation du corps thyroïde sur la toxicité urinaire**, par P. MASOIN. (*Bulletins de la Société de biologie*, séance du 3 février 1894, p. 165).

Deux expériences pratiquées sur des chiens : coefficient de la toxicité urinaire avant la thyroïdectomie presque nulle, devenant 3 ou 4 fois plus considérable après cette opération ; surviennent des contractions musculaires des jambes, de la polyurie, de l'épilepsie, à ce dernier moment la toxicité des urines est extrême puisque 6 centimètres cubes suffisent à tuer des lapins de 800 à 1000 grammes. Ces expériences confirment donc, dit l'auteur, celles de Laulanié et de Gley et constituent un argument de plus en faveur de la doctrine qui considère le corps thyroïde comme un organe chargé de détruire des produits toxiques et qui, en son absence, s'accumulent dans l'organisme.

A. G.

**Effets de la thyroïdectomie chez les lézards**, par H. CRISTIANI (*Bulletins de la Société de biologie*, séance du 13 janvier 1894 p. 3.)

L'auteur abandonnant les expériences très concluantes faites chez les animaux supérieurs, étudie les effets de la thyroïdectomie chez les animaux inférieurs ; ses expériences portèrent sur 18 lézards de taille moyenne ou considérable ; la glande thyroïde facile à enlever siège en avant de la trachée de la base du cou, on enlève ainsi une petite glandule très difficile à extraire et située au-dessous de la précédente, près du cœur. Ces animaux n'ont commencé à souffrir qu'au bout de quelques jours, l'animal devenait plus patient pour chercher sa proie, puis venait le sommeil et enfin le refus de nourriture. Les animaux succombèrent au bout d'un mois. La mort n'eut pas lieu par le fait de la captivité, car, des lézards témoins, non opérés, vécurent plus d'un an, d'autres lézards furent opérés à d'autres places que la thyroïde, et ils se remirent assez facilement.

L'auteur fait observer que les animaux doivent être apprivoisés, car si les expériences étaient faites dans d'autres conditions, les conditions de la vie pourraient être trop différentes et l'expérience n'aurait plus sa valeur.

D'autres expériences auront lieu sur les oiseaux.

A. G.

**Note préliminaire sur les effets de la thyroïdectomie chez la salamandre,** par GLEY et PHYSALIX. (*Bulletins de la Société de biologie*, séance du 13 janvier 1894, p. 5).

Expériences faites il y a 2 ans sur 2 salamandres ; premiers accidents : anorexie, contracture des membres antérieurs, parésie de ces membres, mort au bout de 3 jours.

A. G.

**Note sur les effets de la thyroïdectomie chez la salamandre,** par NICOLAS. (*Bulletins de la Société de biologie*, séance du 13 janvier 1894, p. 6).

Expériences datant de 2 ans ; opérés sans que la plaie soit pansée avec des agents chimiques dangereux ; 4 salamandres opérées : une a succombé en 8 jours, la 2<sup>e</sup> en 7 jours, la 3<sup>e</sup> envoyée à Gley, 5 jours après l'opération ; signes morbides : troubles de la démarche, lenteur des mouvements des membres antérieurs, contracture, l'animal peu à peu ne peut se soutenir et tombe, les membres postérieurs sont en demi flexion ; mort dans l'immobilité.

A l'autopsie : intestins vides, les animaux ayant refusé de manger et ce n'est pas d'inanition qu'ils sont morts, car ils peuvent supporter l'inanition pendant un temps assez long.

A. G.

**Toxicité urinaire après la thyroïdectomie double chez le chien,** par LAULANIÉ (*Bulletin de la Société de biologie*, séance du 24 février 1894, p. 189.)

La puissance toxique de cette urine peut résider soit dans les sels biliaires dont elle chargée, soit dans la potasse issue de la désintégration des tissus, sous l'influence de la bile résorbée. Ce dernier fait aurait une grande importance, car il expliquerait l'amaigrissement extrême des animaux opérés. Cet amaigrissement aurait évidemment pour cause principale la résorption de la bile dont Bouchard aurait montré l'action dissolvante sur les tissus vivants. Malgré l'absence de l'ictère, le passage des matières de la bile dans les urines ne laisse aucun doute sur la

résorption et l'auteur rappelle qu'il y avait intérêt à déterminer cette présence dans les urines qu'il a démontrée avant Gley, dont la communication était de huit jours postérieure à la sienne. L'auteur dans une prochaine communication examinera les indications que lui a données l'étude anatomique du foie et des reins au point de vue de l'interprétation de la toxicité des urines reconnue par lui.

A. G.

**Injectons thyroïdiennes dans le myxœdème**, par CRARY, de New-York. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 54, 20 décembre 1893.)

C'est chez des malades présentant au complet les symptômes de myxœdème que le Dr Crary, de New-York, a fait ses expériences. Il s'est servi de l'extrait thyroïdien pris chez l'agneau ; il l'a trouvé plus actif que celui fourni par les moutons plus âgés. Cet extrait, d'après ses observations, se serait toujours montré efficace, soit qu'on l'ait introduit par injection hypodermique, soit qu'on l'ait administré par la bouche. Les accidents, tels que vertiges, maux de tête, nausées et parfois convulsions, ne se sont produits que lorsque la dose du liquide avait été trop forte.

Les résultats du traitement furent les suivants : disparition de l'œdème et amendement des autres symptômes, exception faite pour l'anémie et les douleurs rhumatoïdes. L'urine s'éclaircit et devient plus abondante. On note une augmentation de l'urée et de la densité du liquide. La quantité des azotates excrétés pendant la première quinzaine, dépasse celle que produisent les aliments.

Le traitement doit être continué longtemps, tout en diminuant la dose du remède, bien que les symptômes du myxœdème disparaissent, dans la plupart des observations de l'auteur, au bout de trois à quatre semaines de traitement.

La formule est la suivante : vingt-quatre parties de tissu glandulaire pour une partie de glycérine. Ce mélange doit être conservé à l'abri de la lumière et de la chaleur. La dose ordinaire pour un adulte est de cinq gouttes, trois fois par jour, mais on peut aller jusqu'à quinze gouttes. Chez les enfants, on commence par une goutte trois fois par jour, et l'on peut pousser la dose jusqu'à six gouttes par jour.

F. HELME.

**Les abcès du cou**, par K. POULSEN. (*Nordiskt med. Ark.* 12. 1893.)

L'auteur a étudié les diverses façons dont se propagent les abcès du cou, le long des loges aponévrotiques de la région, suivant leur situation première.

Les abcès « préviscéraux » s'étendant de l'os hyoïde au sternum ne fusent pas dans le médiastin, mais peuvent gagner en arrière le tissu cellulaire rétro-pharyngien.

Les abcès « rétro-viscéraux » ou rétro-pharyngiens fusent dans la moitié des cas vers la région carotidienne supérieure.

Les abcès, nés de ganglions carotidiens qui reçoivent les lymphatiques des amygdales et du pharynx, siègent en haut et en arrière de la mâchoire, où ils soulèvent l'extrémité supérieure du muscle sterno-mastoïdien. Ils s'ouvrent généralement à l'extérieur, mais peuvent rarement fuser le long des gros vaisseaux du cou jusqu'à la clavicule.

M. L.

**Sur une nouvelle variété de phlegmon chronique du cou**, par RECLUS. (*Médecine moderne*, n° 74, 16 septembre 1893).

L'auteur traite d'une variété d'abcès chronique du cou qu'il ne croit pas décrite encore et que l'on peut rencontrer chez les gens affaiblis ou atteints de sénilité précoce.

Des quatre signes cardinaux de l'inflammation, deux seuls subsistent dans la symptomatologie de ces abcès : la rougeur et la tumeur. La rougeur est ici caractéristique, la peau tendue, impossible à plisser, et d'une couleur rouge vineux. La tumeur est souvent considérable, soit qu'elle siège à la partie latérale du cou, soit que s'étendant en avant elle vienne recouvrir la trachée.

Il n'y a pas de fièvre. Les malades n'accusent presque jamais de douleur.

L'évolution est lente ; un mois à six semaines sont nécessaires pour amener l'œdème puis la fluctuation. La rétrocession de la tumeur et sa guérison ont lieu avec une égale lenteur.

Le diagnostic est délicat. L'idée de cancer s'impose à l'esprit, et ce n'est que plus tard généralement que l'on songe à un abcès. Le néoplasie ressemble en effet absolument aux cancers en cuirasse.

Peut-être peut-on rapprocher ces abcès des anthrax ligneux décrits dans les livres. L'examen bactériologique a pu être pratiqué dans un des quatre cas rapportés par M. Reclus. On a trouvé un diplocoque qui ne ressemble à aucun des microbes du pus décrits jusqu'ici. Peut-être ce diplocoque est-il la cause de l'évolution si caractéristique de la maladie ?

Le traitement de ces cas observés a consisté en drainages et lavages de l'abcès après incision au thermo-cautère. Le pronostic est assez grave, tant à cause de la misère physiologique des sujets atteints que des complications de voisinage, au premier rang desquelles il faut citer les phénomènes asphyxiques qui peuvent emporter le malade.

. HELME.

**Règles pour l'administration de la cocaïne**, par MAGITOT, (*Annuaire thérapeutique in Bulletin général de thérapeutique*, 35<sup>e</sup> livraison du 23 septembre 1893).

La dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à rendre insensible.

Ne pas dépasser 5 à 10 centigrammes par injection. Celle-ci doit être faite dans l'intérieur du derme et non sous le derme de la muqueuse ou de la peau. C'est l'injection intradermique de Reclus qui doit être substituée à la méthode hypodermique. Tenir le malade étendu, ne le faire se relever que si cela est indispensable au moment où l'anesthésie locale est complète.

Avoir soin de se servir de cocaïne pure. Si l'on doit employer une dose un peu élevée, fractionner les doses en espaçant les injections. Les contre-indications sont celles de tous les anesthésiques, affections cardiaques, respiratoires, et troubles nerveux.

F. HELME.

**De l'analgésie par le bromure d'éthyle chez les enfants**, par SECHAYRON (de Toulouse). (*Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, nos 5, 6 et 7, 29 novembre, 6 décembre et 13 décembre 1893).

Après avoir étudié les propriétés physiques et chimiques du bromure d'éthyle, après avoir consacré quelques lignes à l'his-



torique de son sujet, M. Secheyron expose le résultat de son expérience personnelle. Pour lui, l'analgésie par le bromure d'éthyle comprend trois périodes : 1<sup>o</sup> surprise avec ou sans excitation ; 2<sup>o</sup> analgésie ; 3<sup>o</sup> réveil.

« La période de surprise avec ou sans excitation est courte. Souvent elle existe à peine. Elle est fréquemment caractérisée chez l'enfant par l'absence d'excitation. Le malade, surpris par l'odeur forte, a une sensation d'étouffement, il s'efforce d'éloigner la compresse. » D'autres fois il y a excitation. « Le visage devient rouge, les veines du cou se gonflent, les yeux sont rouges, luisants avec tendance à l'exorbitisme. Les lèvres se tuméfient, les membres sont contracturés. L'enfant pousse des cris, tient des propos incohérents, fait des efforts d'expiration. On cesse un instant l'application de la compresse, on la réapplique ensuite et déjà le malade entre dans la phase d'analgésie. Pendant cette première période le pouls est rapide, mais il n'y a aucune tendance à la syncope. Cette première période peut durer de 7 à 8 minutes ; elle est éphémère surtout chez les enfants de 3 à 7 ans.

La phase d'analgésie « offre pour caractère non l'immobilité mais l'analgésie. » Le malade peut se mouvoir parfois, mais il est insensible. Le moment où il est analgésié pourrait « devenir manifeste par la chute spontanée d'un objet tenu à la main. »

La respiration, un peu plus fréquente, est normale. Le pouls est ample, calme. Les pupilles continuent à réagir à la lumière ; elles sont plutôt dilatées que contractées.

La dernière période, ou période de réveil, est courte et brusque.

Mode d'administration : l'auteur suit la méthode classique aujourd'hui des doses massives. Mais ne va-t-il pas bien loin lorsqu'il parle de l'emploi de 20 à 30 grammes ? Il a employé dans un cas jusqu'à 60 grammes.

A noter le développement des qualités affectives de l'enfant qui, sous l'influence du médicament, est porté à prodiguer des baisers à ceux qui l'entourent ! Il y a là une simple manifestation de l'ivresse tendre dont nous avons tous entendu parler.

Les accidents sont peu à craindre ; on a observé des vomissements, le malade doit donc être à jeun au moment de l'opération. « Les accidents de choc, de syncope, de cyanose profonde, d'asphyxie, ne sont pas signalés. Nous n'avons pas eu à les craindre. »

Cependant, au chapitre des contre-indications, M. Secheyron fait très justement observer que le bromure d'éthyle ressemble à l'éther dont il partage les inconvénients au point de vue des centres respiratoires comme au point de vue de la congestion céphalique. « Il faut donc, ajoute-t-il excellemment, se souvenir que l'éther a une action violente sur les enfants, une action spéciale suspensive du centre respiratoire bulbaire. Les phénomènes d'apnée observés avec le bromure d'éthyle pourraient avoir comme avec l'éther une suite fâcheuse. Le nouveau-né ne doit pas être soumis à son action, de même les enfants atteints d'affections bronchiques ou pulmonaires. » On devra surtout retenir avec soin le conseil de l'auteur lorsqu'il dit que pendant l'administration « la surveillance doit surtout être dirigée sur la respiration. » Il pense que le bromure d'éthyle est contre-indiqué dans les opérations de la face à cause de la turgescence des vaisseaux. De même les caillots obstruant le pharynx dans certaines interventions peuvent être un sérieux inconvénient. Ceux qui emploient journellement le bromure d'éthyle ne seront pas de cet avis.

Suivent de nombreuses observations qui nous montrent tout le parti qu'a su tirer M. Secheyron de cet agent. Nous ne ferons à son mémoire qu'un petit reproche : pourquoi, dans son historique, a-t-il omis de parler des laryngologistes ? Son travail n'eût pas été meilleur, certes, mais il eût été plus complet. Il nous paraît difficile en effet de parler de cet anesthésique sans citer les laryngologistes qui, les premiers, l'ont employé systématiquement chez nous. Ce sont eux qui ont vaincu les appréhensions bien explicables des chirurgiens à son égard, ce sont eux aussi qui ont déterminé avec le plus grand soin son mode d'emploi. Sans doute ils n'en ont pas tout le mérite. Ils ne sauraient pas davantage se prévaloir du monopole de sa parfaite application, mais depuis trois ou quatre ans ils ont lutté pour l'imposer, et il nous paraît équitable de tenir compte de leur expérience et de leurs efforts.

F. HELME.

-----

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## ALLEMAGNE ET AUTRICHE

## Pharynx et Varia.

**K. Szego.** Sur le polymorphisme de la diphtérie pharyngée. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, fasc. 2 et 3, 1892).

**E. Remak.** Zur Semiotik der hysterischen Deviationen der Zunge und des Gesichtes. (Seméiotique des déviations hystériques de la langue et de la face). (*Berl. klin. Woch.*, 3 octobre 1892).

**Ewald.** Gastrostomie dans un cas de rétrécissement de l'œsophage. (Verein f. innere Med. 14 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 12 septembre 1892).

**F. Langer.** Ueber ein Fall von rasch tödtlicher Phosphorvergiftung mit eigenthümlichen Befunde im Magen und Œsophagus. (Un cas d'empoisonnement rapide par le phosphore avec manifestations particulières sur l'estomac et l'œsophage). (*Prager Med. Woch.*, 28 octobre 1892).

**Ziem.** Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenraumes, sowie der Kehlkopfhöhle. (Sur la palpation des cavités pharyngées supérieures et inférieures ainsi que de la cavité laryngée). (*Therap. Monatsh.*, août 1892).

**Köppen.** Knochenkrankungen bei Morbus Basedowii. (Affections des os dans la maladie de Basedow). (*Berl. Gesells. f. Psychiatrie und Nervenkrank.*, 14 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 10 octobre 1892).

**L. Rethi.** Die Nervenwurzeln der Rachen und Gaumenmuskeln. (Les racines nerveuses des muscles du pharynx et staphylin). (Sitzungsber der kaiserl. Akad der Wissensch, in Wien; Mathem Naturw. Cl. Bd. Cl. Abth. III, juillet 1892).

**K. Rüdinger.** Die Zungencarcinom Operationen der Klinik Prof. Billroth's von 1881, 1892. (Les opérations de cancer de la langue à la clinique du Prof. Billroth de 1881 à 1892). (Festschrift zu Ehren Billroth's, Vienne, 1892).

**V. von Hacker.** Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Œsophagus und der in Folge derselben entstehenden Stricturen. (Statistique et pronostic des cautérisations de l'œsophage et des sténoses consécutives). (Festschrift zu Ehren Billroth's, Vienne 1892).

**A. Brenner.** Ein Fall von Œsophagus Trachealfistel und Stenose des Œsophagus. (Un cas de fistule œsophago-trachéale et de sténose de l'œsophage). (Festschrift zu Ehren Billroth's, Vienne, 1892).

**H. Hinterstoisser.** Beiträge Zur Lehre der Schilddrüsenkrebs. (Contribution à l'étude du cancer de la glande thyroïde). (Festschrift zu Ehren Billroth's. Vienne 1892).

**A. von Eiselsberg.** Weitere Beiträge zur Lehre von den Folgezuständen der Kropfoperationen. (Nouvelles contributions à l'étude des suites des opérations de goîtres). (Festschrift zu Ehren Billroth's, Vienne, 1892).

**A. v. Eiselsberg.** Ueber Wachstumsstörungen bei Schafen nach Schilddrüsen Exstirpation. (Troubles de croissance consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde chez les moutons.) (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 21 octobre; *Prager Med. Woch.*, 26 octobre 1892).

**J. Gurovitch.** Zur Pathologie der Zungentonsille in Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta. (Contribution à la pathologie de l'amygdale linguale en relation avec l'angine épiglottique et la glossite aiguë). (*Berl. klin. Woch.*, 31 octobre 1892).

**Demme.** Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle. (Deux tumeurs rares de la cavité buccale). (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., 1892).

**W. D. Miller.** Die Microorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen welche durch dieselben hervorgerufen werden. (Les microorganismes de la cavité buccale; les affections locales et générales qu'ils entraînent. In-8° de 448 pages; avec 134 figures dans le texte et 18 photogrammes; 2<sup>e</sup> édition revue et considérablement augmentée; G. Thieme, éditeur, Leipzig, 1892).

**E. Herczel.** Operation eines Zungenkrebses mit Resection des Unterkiefers. (Opération d'un cancer de la langue, avec résection du maxillaire inférieur). (*Gesell. der Aerzte in Budapest*, 22 octobre; in *Prager Med. Woch.*, 2 novembre 1892).

**Schaeffer.** Pharyngite aiguë infectieuse phlegmoneuse. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 7, 1892).

**Sendziak.** Un cas d'angine ulcéreuse bénigne. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 7, 1892).

**Ziegler.** Actinomycose de la face et du cou. (*Münch. med. Woch.*, n° 23, 1892).

**V. Eiselsberg.** Ein Fall von Oesophagusdivertikel. (Un cas de diverticule de l'œsophage. (*K. K. Gesells. der Aerzte Wien*, 11 novembre; in *Prager med. Woch.*, 16 novembre 1892).

**M. Bresgen.** Diphthérie, (*Diagnost. Lexikon f. Prakt. Aerzte*, 1892).

**Erb.** Remarques sur les plaques cicatricielles de la cavité buccale et leurs causes. (*Münch. med. Woch.*, n° 42, 1892).

**Ortmann.** Sténose œsophagienne consécutive à l'ulcère simple de l'œsophage. (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1892).

**Irsai.** Falle von Rachen und Larynxsyphilis. (Cas de syphilis du pharynx et du larynx. (*Gesellsch. der Aerzte in Budapest*, 19 novembre; in *Prager med. Woch.*, 30 novembre 1892).

**Karewski.** Carcinôme de l'œsophage. (*Berl. med. Gesells.*, 16 novembre; *Berl. klin. Woch.*, 5 décembre 1892).

**A. Hoffmann.** Ueber œsophageale Auskultation. (Sur l'auscultation œsophagienne. (*Centr. f. klin. Med.*, 3 et 7 décembre 1892).

**V. Jaksch.** Maladie de Basedow. (Verein deutscher Aerzte in Prag, 7 décembre; in *Prager med. Woch.*, 7 décembre 1892).

**E. Hitzig.** Die Stellung der Zunge bei peripherer Lähmung der Facialis. (La position de la langue dans la paralysie faciale périphérique). (*Berl. klin. Woch.*, 11 décembre 1892).

**J. Ritter.** Die Aetiologie des Keuchhustens. (Etiologie de la coqueluche). (*Berl. klin. Woch.*, 12 décembre 1892).

**J. Wolff.** Communications sur l'extirpation du goître. (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, 9 mai; in *Berl. klin. Woch.*, 12 et 19 décembre 1892 et 16 janvier 1893).

Verhandlungen des X<sup>e</sup> Internationalen medicinischen Congresses. (Comptes-rendus du X<sup>e</sup> congrès International de Médecine tenu à Berlin du 4 au 9 août 1890. 6 volumes A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891 et 1892).

**Horing.** Traitement de la diphthérie par le violet de méthyle. (Memorabilien, fasc. 6, 1892).

**W. von Noorden.** Beitrag zur Technik der Gastrostomie bei Oesophagusstenosen. (Contribution à la technique de la gastrostomie dans les sténoses de l'œsophage). (*Berl. klin. Woch.*, 2 janvier 1893).

**Mikulicz.** Nachträgliche Bemerkungen zur Witzel'schen Methode der Gastrostomie. (Remarques complémentaires sur la méthode de ga-trostomie de Witzel. (*Berl. klin. Woch.*, 2 janvier 1893).

**M. Scheier.** Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsäule. Beitrag zur Lage des Kehlkopfes zur Wirbelsäule. (Un cas de lésion de la vertèbre cervicale. Contribution à la position du larynx par rapport à la vertèbre cervicale). (*Berl. klin. Woch.*, 9 janvier 1893).

**J. Sendziak.** Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae. (Un cas exceptionnel de sarcomes cutanés multiples et de lymphosarcome de l'amygdale droite). (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., octobre 1892).

**H. Aronson.** Diphtérie immunisirter Kaninchen. (Diphtérie chez les lapins immunisés). (*Berl. med. Gesells.*, 21 décembre 1892; in *Berl. klin. Woch.*, 23 janvier 1893).

**Virchow.** Phlegmon malin diffus du pharynx et du larynx. (*Berl. med. Gesells.*, 11 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 30 janvier 1893).

**Treitel.** Ulcus der Zunge. (Ulcère lingual). (*Berl. Med. Gesells.*, 11 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 30 janvier 1893).

**Erler.** Etude sur l'hypertrophie héréditaire des glandes de la bouche, de la langue et du cou. (*Dissert. Inaug.*, Iena, 1892).

**Töplitz.** Anomalie symétrique congénitale des piliers antérieurs. (*Zeits. f. Ohrenh.*, h. 3 u. 4, 1892).

**E. M. Stepanow.** Zur Aetiologie des Scleroms. (Contribution à l'étiologie du sclérome). (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier 1893).

**Riehl.** Angiom der Zunge. (Angiome de la langue). (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 27 janvier et 17 février; *Wiener klin. Woch.*, 2 et 13 février 1893).

**Stoerk.** Carcinôme de l'amygdale. (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 27 janvier; in *Allg. Wiener Med. Zeit.*, 7 février 1893).

**K. Partsch.** Die Eingangspforte des Aktinomyces. (La porte d'entrée de l'actinomycose). (*Wiener klin. Woch.*, 9 février 1893).

**Onodi.** Fibrosarkom der Zungenwurzel. (Fibrosarcôme de la racine de la langue). (*Gesells. der Aerzte in Budapest*, 28 janvier; in *Prager Med. Woch.*, 8 février 1893).

**Mendel.** Myxœdème. (*Verein f. innere Med.*, 21 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 13 février 1893).

**Endriss.** Observations sur les relations physiologiques et pathologiques des voies aériennes supérieures et des organes génitaux. (*Dissert. Inaug.*, Wurzburg, 1892).

**Lange.** Cas de papillômes multiples de l'amygdale, de la langue et de l'épiglotte. Contribution à l'étude des papillômes multiples. (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.* p. 213, Bd. 50).

**T. Escherich.** Die örtliche Behandlung der Rachendiphtérie. (Traitement local de la diphtérie pharyngée). (*Wiener klin. Woch.*, 16 et 23 mars 1893).

**J. Winter.** Bilateraler Luxation des vierten Halswirbels. (Luxation bilatérale de la quatrième vertèbre cervicale). (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 10 et 24 février; in *Wiener klin. Woch.*, 16 février et 2 mars 1893).

**A. Szendeffy.** Züchtung des Löffler'schen Bacillus aus dem Rachen in zweifelhaften Fällen. (Culture du bacille de Löffler provenant du pharynx dans des cas douteux). (*Gesells. der Aerzte in Budapest*, 4 février; in *Prager med. Woch.*, 15 février 1893).

**F. Fischel.** Zur Casuistik der metastatischen Parotitis. (Casuistique des parotidites métastatiques). (*Prager med. Woch.*, 15 février 1893).

**A. Jacobson.** Rétrécissements syphilitiques du pharynx. (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.*, T. XLIII, p. 37).

**A. Baginsky.** Tetanussymptome bei Diphthérie (Symptômes de tétanos dans la diphthérie). (*Berl. med. Woch.*, 27 février 1893).

**N. Reichmann.** Grands diverticules de la partie inférieure de l'œsophage). (*Wiener. klin. Woch.*, 9 mars 1893).

**C. Fraenkel.** Ueber das Vorkommen der Löfflers'schen Diphthérie bacillen. (Sur la présence de bacilles diphthériques de Loeffler). (*Berl. Klin. Woch.*, 13 mars 1893).

**A. et H. Gutzmann.** Zur Prognose und Behandlung der angeborenen Gaumendefekte. (Pronostic et traitement des anomalies palatines congénitales). (*Med. Päd. Monats. f. die gesam. Spracheilk.*, mars avril 1893).

**M. J. Oertel.** Ueber die Bedeutung der diphtherischen Membranen in Bezug auf die Therapie. (La valeur des membranes diphthériques au point de vue thérapeutique). (*Berl. klin. Woch.*, 21 mars et 3 avril 1893).

**F. Vermehren.** Sur le traitement du myxœdème par l'usage alimentaire de glandes thyroïdes. (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1893).

**S. Laache.** Sur le myxœdème et sur son traitement par l'administration interne d'extrait de glandes thyroïdes. (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1893).

**R. Wichmann.** Nouvelles communications sur le myxœdème. (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1893).

**R. Franck.** Eine neue Methode der Gastrostomie bei Carcinoma œsophagi. (Une nouvelle méthode de gastrostomie dans le cancer de l'œsophage). (*Wiener klin. Woch.*, 30 mars 1893).

**Kundrat.** Sur la lympho-sarcomatose. (*Wiener klin. Woch.*, 23 et 30 mars 1893).

**Escherich, Tobeitz, Tschamer, Elschmig.** (Affections diphtéroïdes). (*Verein der Aerzte in Steiermark*, 5 février; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 4 avril 1893).

**E. Meyer.** Un cas de goître avec torsion et compression de la trachée et perforation de ce conduit. (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1893).

**H. Braun.** Sur la genèse et le diagnostic des tumeurs goitreuses endothoraciques isolées. (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1893).

**R. W. Raudnitz.** Ueber parenchymatoese Injectionen bei Tonsillenerkrankungen. (Des injections parenchymateuses dans les maladies des amygdales). (*Prager. med. Woch.*, 5 avril 1893).

**Marcus.** Ueber die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement de la maladie de Basedow). (XV Balneologen Congress; in *Berl. klin. Woch.*, 8 avril 1893).

**H. Determeyer.** Traitement chirurgical d'un cas de maladie de Basedow. (*Deuts. Med. Woch.*, n° 11, 1893).

**Beresowsky.** Hypertrophie compensatrice du corps thyroïde. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, 122, 1892).

**Treitel.** Tuberculosen Zungengeschwür. (Ulcération tuberculeuse de la langue). (*Berl. med. Gesells.*, 8 mars, *Berl. klin. Woch.*, 17 avril 1893).

**F. Veronese.** Die postdiphtherische Herzlähmung. (La paralysie cardiaque post-diphthéritique. Etude anatomo-pathologique et clinique.) (*Wiener klin. Woch.*, 27 avril et 25 mai 1893).

**J. Wolff.** Ueber den functionellen Erfolg der frühzeitigen Urano-Staphyloplastik (Résultat fonctionnel de l'urano-staphyloplastie au début.) (22 Congress der deutschen Gesells. f. Chir. zu Berlin, 12 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 8 mai 1893).

**Küster.** Uranoplastie. (22 Congress der deutschen Gesells. f. Chir. zu Berlin, 13 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 8 mai 1893).

**V. Ziemssen.** Parenchymatöse Injectionen bei Tonsillen Erkrankungen. (Injections parenchymateuses dans les affections amygdaliennes.) (XII Congress f. innere Med. Wiesbaden, 13 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 8 mai 1893).

**Neuman.** Anesthésie locale du pharynx et du larynx par l'antipyrine. (*Pester Med. Chir. Presse*, n° 3, 1893).

**Taub.** Intubation dans la coqueluche. (*Pester med. chir. Presse*, n° 11, 1893).

**Nolden.** Deux cas d'intoxication par le bromoforme, avec remarques sur le traitement de la coqueluche. (*Therap. Monatsh.* n° 5 1893).

**Bernhardt.** Quelques névroses peu connues de la bouche et de la langue. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893).

**Löwe.** Contribution à l'œsophagoscopie. (*Deuts. med. Woch.*, n° 12, 1893).

**Mintz.** Cas rare de diverticule de l'œsophage. (*Deuts. med. Woch.* n° 10, 1893).

**Kruger.** Dilatation rétrograde des rétrécissements œsophagiens. (*Munch. med. Woch.*, n° 12, 1893).

**Guttmann.** Valeur diagnostique de l'auscultation artérielle dans la maladie de Basedow. (*Deuts. Med. Woch.*, n° 11, 1893).

**Gutzmann et Hadra.** Gaumensegelbewegungen. (Mouvements du voile du palais). (*Berl. med. Gesells.*, 19 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 15 mai 1893).

**H. Rehn.** Myxœdem im Kindes alter. (Myxœdème chez l'enfant). XII Congress f. innere Med. Wiesbaden, 13 avril; in *Berl. klin. Woch.* 15 mai 1893).

**T. Escherich.** Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus und der diagnostischen Bedeutung des Loeffler'schen Bacillus. (Contribution à l'étude du bacille pseudo-diphthéritique et valeur diagnostique du bacille de Loeffler). (*Berl. klin. Woch.*, 22 et 29 mai et 5 juin 1893).

**V. Eiselsberg.** Ulcus der Unterlippe. (Ulcère de la lèvre inférieure). (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 19 mai; in *Wiener klin. Woch.*, 25 mai 1893).

**T. Pick.** Lupus-Carcinom. (Lupus carcinomateux). (*Verein deutscher Aerzte in Prag.*, 3 mars; *Wiener klin. Woch.*, 25 mai 1893).

**C. Brunner.** Ueber Wunddiphtheritis. (Diphthérie des plaies). (*Berl. klin. Woch.*, 20 mai, 5 et 12 juin 1893).

**Frosch.** Répartition du bacille de la diphthérie dans le corps de l'homme. (*Zeits. f. Hygiene*, T. XIII, p. 49, 1893).

**E. Baumgarten.** Die Gölcher'sche Thermosaüle zur Füllung der Accumulatoren. (La colonne thermique de Gölcher pour charger les accumulateurs. (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1893).

**Rethi.** Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nase und Kieferhöhle. (Un cas de tuberculose buccale pénétrant dans le nez et l'antre d'Highmore). (*Wien. med. Presse*, n° 19, 1893).

**Kauffmann.** Recherches sur l'angine et sur la diphtérie. (*Dissert. Inaug.*, Berlin, 1893).

**J. Braun.** Ueber die Behandlung der Diphteritis mit Ferrum sesquichloratum. (Traitement de la diphtérie par le sesquichlorure de fer). (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 6, 13 et 20 juin 1893).

**Schulten.** Extirpation totale de la langue et son influence sur la parole. (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, h. 5 u 6, 1893).

## NOUVELLES

### *Recherches collectives concernant le traitement des papillomes laryngés des enfants.*

M'étant occupé ces derniers temps du traitement des papillomes laryngés des enfants j'ai remarqué, qu'on est loin d'être d'accord sur la meilleure méthode de traitement. Il va sans dire, qu'il est impossible de procéder d'une seule manière dans tous les cas; il faut considérer naturellement les qualités particulières de chaque cas. Cependant je crois, qu'il sera possible de réunir l'unanimité sur certaines questions fondamentales, telles que la suivante : vaut-il mieux pratiquer une opération endolaryngée, chirurgicale ou une autre méthode de traitement ?

Pour arriver à juger la valeur des divers traitements il nous faut rassembler le plus grand nombre d'observations possible.

Dans ce but je m'adresse à Messieurs les laryngologistes et chirurgiens avec la prière de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

- 1) âge et sexe de l'enfant — état du père.
- 2) symptômes (enrouement, dyspnée, etc.) image laryngoscopique.
- 3) méthode et date de l'opération.
- 4) résultat de l'opération (mort — sa cause ? récidives — après combien de temps ? guérison — date du dernier examen ?)
- 5) ces cas ont-ils déjà été publiés ? quand et où ?

J'adresse d'avance mes remerciements sincères à tous les confrères, qui voudront bien me prêter leurs concours en répondant à mes questions.

Dr ROSENBERG.

Aide de clinique du larynx et du nez à la Faculté de Médecine.  
Berlin. N. W. Mittelstrasse 55.



## ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

*Assemblée du 5 octobre 1894.*

Le quatrième dîner pour l'année 1894 a eu lieu le 5 octobre 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cézilly, syndic. Vingt membres assistaient à cette séance.

Les demandes d'adhésions, comme correspondants étrangers de l'Association, des directeurs de journaux étrangers publiés en langue française, ont été admises à l'unanimité. Sont désormais correspondants étrangers : *Gazette médicale de Liège* (Dr BRASSEUR); *Journal d'Accouchements* (Dr CHARLES); la *Polyclinique* (Dr JACOBS); l'*Organe de la Confraternité médicale* (Dr VINDERGOVEL); *Archives médicales belges* (Dr MAISTRIAU); le *Scalpel* (Dr DE JACE); la *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople* (Dr APÉRY); les *Archives de médecine et de chirurgie pratiques de Belgique* (Dr STOCQUART); la *Revue médicale de la Suisse romande* (Dr PICOT); le *Bulletin de la Société des médecins naturalistes de Jassy* (Dr BOGDAN); l'*Union médicale du Canada* (Dr LAMARCHE).

L'Association a décidé de réaliser son projet de souscription en faveur du Dr Laffite et a désigné dans ce but une commission composée de MM. Roché, conseil judiciaire, Gilles de la Tourette, Laborde, Meugy et Marcel Baudoin; cette commission a été chargée de centraliser les souscriptions.

*Le secrétaire général, MARCEL BAUDOUIN.*

*Souscription en faveur du Dr Laffite.*

L'Association de la Presse médicale, poursuivant son œuvre confraternelle en faveur du Dr Laffite, croit devoir dès maintenant réaliser son projet de souscription destinée à venir en aide aux enfants de notre infortuné confrère. Elle a désigné, dans ce but, une Commission chargée de centraliser les souscriptions, qui pourront être adressées soit au Bureau de notre Journal, soit à M. le Dr Marcel Baudoin, 14, boulevard Saint-Germain, secrétaire général de l'Association.

Elle prie, dans l'intérêt d'une action commune et d'une répartition bien faite, ceux de nos confrères qui ont déjà pris ou qui prendraient une initiative de souscription particulière de bien vouloir s'entendre avec la Commission d'organisation.

L'Association de la Presse médicale est heureuse de saisir cette occasion de remercier ses collègues de la Presse politique du concours sympathique et si efficace qu'ils lui ont prêté en cette circonstance.

L'Association de la Presse médicale s'inscrit dès aujourd'hui pour la somme de *mille francs*.

---

Le Professeur V. COZZOLINO, de Naples, est en ce moment en mission en Autriche et en Allemagne, charge par le ministre de l'Instruction Publique, d'Italie, le Professeur G. Baccelli, de visiter les principales cliniques otologiques et rhinologiques de ces deux pays.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÂBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Distribution géographique et gravité des maladies d'oreille en Italie, par A. d'AGUANNO (Extrait du *Boll delle mal. dell'orecchio gola e naso*, nos 5, 6 et 7, 1894).

L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, ses indications, sa valeur thérapeutiques. Simplification des instruments d'O'Dwyer, par P. FERROUD (Broch. de 150 pages, Impr. Nouvelle Lyonnaise, Lyon 1894).

Enseignement de la lecture de la parole sur les lèvres aux adultes devenus sourds, par V. BOLAND (Extrait de la *Gaz. méd. de Liège*, 1894).

Réflexes provenant du nez, du pharynx et du larynx, par J. ROQUER CASADESUS (F. Sanchez, éditeur, Barcelone, 1894).

Extraction manuelle d'un polype naso-pharyngien fibreux extraordinairement gros, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.* n° 11, 1893).

Abcès de la paroi cartilagineuse de la cloison, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, n° 18, 1893).

Deux cas de pachyméningite suppurée externe guéris par la trépanation, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, n° 45, 1893).

Contribution casuistique à la pachyméningite otitique suppurée externe, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, n° 50, 1893).

Abcès profonds du cou et de la nuque provoqués par une otite moyenne aiguë, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, 1894).

Actinomycose de l'oreille moyenne. Abcès actinomycosique dans le voisinage de l'apophyse mastoïde, par ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.*, 1894).

Lampe électrique pour éclairer les cavités du corps, par M. BRESGEN (Tirage à part de la *Deuts med. Woch.*, n° 29, 1894).

Les suppurations du nez et de ses annexes, par M. BRESGEN (Tirage à part de la *Munch. med. Woch.*, n° 31 et 32, 1894).

Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis (Etude clinique sur la Pachydermie du larynx) par le Dr W. Sturmman, de Berlin (S. Karger, 1894, 1 vol. in-8° de 72 pages).

Die Krankheiten des Mundhöhle, des Rachens, und des kehlkopfes. (Les maladies de la bouche, du pharynx et du larynx) par le Dr Albert Rosenberg, Berlin, S. Karger, 1893, 1 vol. in-8° de 329 pages.

Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenraumes. (Les maladies du nez, des sinus et du naso-pharynx), par le Dr Carl Zarniko, Berlin, S. Karger, 1894, 1 vol. in-8° de 313 pages.

Die Bauchrednerkunst, Geschichtliche und experimentelle Untersuchungen. (La ventriloquie. Recherches historiques et expérimentales), par Theodor S. Flatau et Hermann Gutzmann de Berlin. (Leipzig) Impr. : Abel, 1894, 1 vol. in-8° de 159 pages.

I. Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des ozéneux sans complication apparente des voies lacrymales par ALB. TERSON et A. GABRIELID s. — II. Deux cas de dacryocystite ozéneuse : examen bactériologique, par A. CUENOD. — (Extrait des *Archives d'Ophthalmologie*, 1894, n° 8).

Rapport sur la clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Gand, pendant l'année 1893, par J. BRÆCKAERT (Extrait des *Ann. de la Soc. de Med. de Gand*, 1894).

Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Traitement des scoliozes de la cloison nasale, par C. ZIEM (Tirage à part du *Monats f Ohrenh.* N° 7, 1894).

Zur Lehre von den Verletzungen des Auges (Contribution à l'étude des blessures de l'œil, par C. ZIEM (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.* N° 32, 1894).

Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies d'oreilles, par C. CONRADI (Extrait de l'*Archivio Ital. di otol. rin e lar.* Vol. II, fascicules 3, juillet 1894).

A propos d'un calcul du conduit de Warthon. Considérations sur les calculs de la glande sous-maxillaire, par G. CHUCINI (Extrait du *Boll. delle mal. dell'orecchio, Gola e Naso.* N° 12, 1893 et 1, 1894).

Instruments pour la rhino-chirurgie interne. Instruments pour la chirurgie des sinus du nez, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. dell'orecchio, Gola e Naso*, N° 8, 1894).

Otoneurasthénie essentielle et associée ; neurasthénie et vertiges auriculaires et neurasthénie provenant d'otopathies et de rhino-laryngopathies chroniques, par V. COZZOLINO (Extrait du *Giorn. Intern. delle Scienze med.* 1894).

La périchondrite dite idiopathique aiguë de la cloison nasale, par A. KUTTNER (Tirage à part de l'*Archiv f. Laryng.* Bd II, h. I, 1894).

Deux cas d'ulcérations de la gorge chez des tuberculeux, par C. CORRADI (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. lare rin.* 1894).

Sur le cathétérisme et les insufflations d'air du canal naso-lacrymal par la voie nasale et sur l'utilité éventuelle de cette méthode de traitement dans diverses affections oculaires. Considérations et propositions, par C. CORRADI (Extrait de la *Rivista veneta di Scienze med.* T. XX, fasc. III, 1894).

Contribution à la pathologie et au traitement de l'inflammation chronique hypertrophique du larynx (laryngite chronique hypertrophique, laryngite hypoglottique chronique, par A. SOKOLOWSKI (Tirage à part de l'*Archiv f. Lar.* Bd II, h. I, 1894).

Contribution à l'histoire de l'actinomycose de l'oreille moyenne, par E. ZAUFAL (Tirage à part de la *Prager med. Woch.* 1894).

Indications et limites du traitement topique de la phthisie laryngée, par LENNOX BROWNE (Extrait du *Jour. of. lar. rhin. and. otol.* 1894).

I. Sur la structure et la situation histologique des fibrômes des cordes vocales. — II. Pachydermie laryngée, son importance clinique, étiologie et traitement, par O. CHIARI (Tirages à part de l'*Archiv. f. Lar.* Bd II, h. I, 1894).

Syphilis gommeuse des amygdales, par T. DELLA VEDOVA (Extrait du *Giorn. dell'Istituto Otol. lar. Nicolai*, 1894).

Un nouveau signe distinctif de l'anévrisme latent de l'aorte par W. C. GLASGOW (Extrait du *N. Y. med. Journ.* 15 septembre 1894).

Sur le lymphosarcôme du pharynx, par O. CHIARI (Comm. faite à la 66<sup>e</sup> réunion des Naturalistes et Méd. Allemands, Vienne, sept. 1894).

Catalogue spécial des instruments pour les maladies des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge, de la maison Wulffing Lüer (6, rue Antoine Dubois, Paris, 1894).

Un peu de casuistique de la section otologique de la Polyclinique chirurgicale de Munich, par R. HAUG (Tirage à part de la *Munch. med. Woch.* N<sup>o</sup> 35, etc. 1894).

Affections des glandes salivaires, par M. BRESGEN (Tirage à part du *Diagn. Lexicon f. prakt. Aerzte*, 1894).

Les causes de la céphalalgie nerveuse des écoliers, par M. BRESGEN (Tirage à part de la *Wiener med. Presse*, n<sup>o</sup> 37, 1894).

Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille, par A. COURTADE (Un vol de 338 pages, A Maloine, éditeur, Paris 1895).

Papillome provoqué par une leucoplasie buccale, par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.* fasc. 3, 1894).

Une nouvelle méthode plastique simple pour rapprocher les pavillons auriculaires fortement écartés, par R. HAUG (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.* n<sup>o</sup> 40, 1894).

Le Gérant : G. MASSON.

